

LES DOSSIERS DE LA DREES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

AVRIL 2019 /// N° 34

Par **Mathieu Brunel**
(DREES)
et **Amélie Carrère**
(DREES et Ined)

La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile

Quelles disparités entre départements ?

Grâce à l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée en 2014, la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile peut être comparée entre les départements français (hors Mayotte), pour divers indicateurs de limitations fonctionnelles, restrictions d'activité, ou recours à des aides professionnelles ou de l'entourage.

Dans l'Ouest de la France (Bretagne, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire), jusqu'aux départements de l'Ouest de l'Île-de-France, les prévalences de la perte d'autonomie à domicile sont faibles. Elles s'accompagnent d'un faible recours à l'aide professionnelle et de l'entourage. À l'inverse, les départements ultra-marins, le nord et le nord-est de la France, et une grande partie de la moitié sud de la France combinent de fortes prévalences de la perte d'autonomie à domicile et un fort recours à l'aide. Les limitations cognitives sont plus fréquentes dans les départements du sud, alors que les prévalences des limitations physiques sont plus élevées dans le nord et le nord-est de la France.

Ces disparités de besoins et de recours à l'aide peuvent être liées à l'offre proposée sur le territoire pour prendre en charge la perte d'autonomie. Les territoires où le taux d'équipement en établissements est faible ont une prévalence des incapacités à domicile forte. Les départements où l'aide professionnelle à domicile est importante sont aussi ceux où les besoins sont élevés.



SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile

Quelles disparités
entre départements ?

Avril 2019 /// N° 34

La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile	3
> <i>Mathieu Brunel (DREES), Amélie Carrère (INED, DREES)</i>	3
Des territoires marqués inégalement par la perte d'autonomie à domicile	6
Des disparités de perte d'autonomie liées au contexte socio- économique et d'offre sur le territoire	24
Conclusion	31
Bibliographie	33
Annexes	35
Annexe 1 - Mesures de dispersion chez les 60 ans ou plus	35
Annexe 2 - Régressions linéaires des prévalences départementales de l'indicateur GALI, des limitations fonctionnelles physiques et cognitives	36
Annexe 3 - Quartiles des rangs chez les personnes âgées de 60 ans ou plus	37
Annexe 4 - Quartiles des rangs chez les personnes âgées de 75 ans ou plus	40

La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile

Quelles disparités entre départements ?

Mathieu Brunel (DREES), Amélie Carrère (INED, DREES)

Les collectivités locales ont en charge l'aide et l'action sociales en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces politiques peuvent influencer, de façon directe, l'offre d'aide à destination des personnes âgées mais aussi, indirectement, la demande d'aide ou le besoin que ce soit à domicile ou en institution : en effet, les départements orientant leur politique gérontologique vers le domicile, notamment avec des financements plus grands de la prise en charge ou une meilleure offre de service, peuvent induire un besoin plus fort à domicile lié à un moindre recours à l'institutionnalisation.

Pour la première fois, une enquête nationale permet de dresser le portrait de la population des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, et notamment leurs conditions de santé et d'autonomie, département par département (voir encadré 1). L'enquête « Vie quotidienne et santé » (VQS) a été menée à la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015 auprès de 166 800 personnes vivant à domicile en métropole et dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte). Sans pouvoir affiner l'analyse jusqu'à l'échelle départementale, la précédente enquête VQS de 2007 avait déjà permis d'identifier des disparités régionales de dépendance (Midy, 2009). Les (anciennes) régions pour lesquelles la prévalence des limitations fonctionnelles était la plus élevée étaient alors la Guyane, la Réunion, la Champagne-Ardenne, la Picardie, le Nord, le Limousin, l'Auvergne et la Guadeloupe. C'est en Île-de-France, Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Alsace et Rhône-Alpes qu'elle était la plus faible.

L'enquête VQS 2014 permet d'identifier le même type de profils de territoires mais le niveau plus fin d'analyse révèle aussi des cas plus atypiques. Bien que le questionnaire soit court, il couvre différentes dimensions de la perte d'autonomie : les trois types de limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles et cognitives), les restrictions dans les activités et l'aide reçue. Ces différentes dimensions sont synthétisées en une mesure unique, dite « score VQS », permettant ensuite de distinguer au sein de la population vivant à domicile quatre groupes de seniors, dits « groupes VQS », allant du groupe I (les

seniors les plus autonomes) au groupe IV (les seniors très dépendants)¹. Ces indicateurs construits et présentés dans ce dossier sont détaillés dans l'encadré 1.

➤ Encadré 1 • L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS)

Conçue par la DREES et réalisée par l'Insee en fin d'année 2014 et au début de l'année 2015, l'enquête VQS permet de décrire les difficultés rencontrées par les personnes âgées vivant à domicile pour réaliser des actes de la vie quotidienne.

Les 24 questions posées lors de l'enquête dégagent différents types de limitations fonctionnelles ou de restrictions dans les activités :

- Les limitations fonctionnelles physiques repèrent les seniors ayant des difficultés pour marcher, lever le bras, se servir de ses mains ou pour se pencher ;
Les questions mobilisées sont les suivantes « [La personne] a-t-elle des difficultés pour monter un étage d'escalier ou marcher sur 500 mètres ? » ; « A-t-elle des difficultés pour lever le bras (par exemple pour attraper un objet en hauteur) ? » ; « A-t-elle des difficultés pour se servir de ses mains et ses doigts (par exemple pour saisir un crayon ou utiliser des ciseaux) ? » et « Lorsqu'elle est debout, a-t-elle des difficultés pour se pencher et ramasser un objet ? ». Les personnes ayant déclaré « beaucoup de difficultés » ou « ne [pouvant] pas du tout » faire au moins une de ces activités sont considérées comme ayant des limitations fonctionnelles physiques.
- Les limitations fonctionnelles sensorielles repèrent les seniors ayant des difficultés pour voir (avec lunettes ou lentilles de contact le cas échéant) ou pour entendre (avec un appareil auditif le cas échéant) ;
Les questions mobilisées sont les suivantes « La personne a-t-elle des difficultés pour voir, même avec ses lunettes ou lentilles de contact si elle en porte ? » et « A-t-elle des difficultés pour entendre ce qui se dit au cours d'une conversation avec plusieurs personnes, même avec son appareil auditif si elle en porte un ? ». Les personnes ayant déclaré « beaucoup de difficultés » ou « ne [pouvant] pas du tout » faire au moins une de ces activités sont considérées comme ayant des limitations fonctionnelles sensorielles.
- Les limitations fonctionnelles cognitives repèrent les seniors ayant des difficultés pour se concentrer plus de 10 minutes, pour se souvenir des choses importantes, pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne, pour comprendre les autres ou se faire comprendre des autres ;
Les questions mobilisées sont les suivantes « A-t-elle des difficultés pour se concentrer plus de 10 minutes ? » ; « A-t-elle des difficultés pour se souvenir des choses importantes ? » ; « A-t-elle des difficultés pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne ? (comme se repérer sur un itinéraire ou compter l'argent) » et « A-t-elle des difficultés pour comprendre les autres ou se faire comprendre des autres ? ». Les personnes ayant déclaré « beaucoup de difficultés » ou « ne [pouvant] pas du tout » faire au moins une de ces activités sont considérées comme ayant des limitations fonctionnelles cognitives.
- Les limitations d'activité générales sont mesurées par la question « GALI » (*Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ») : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Les personnes ayant déclaré être « fortement » limitées sont considérées comme dépendantes au sens du GALI (les personnes déclarant ne pas être limitées ou « un peu » limitées sont considérées comme autonomes).
- Katz et al., 1963 proposent différentes activités élémentaires (ADL, pour activities of daily living, c'est-à-dire « activités de la vie quotidienne ») avec lesquelles mesurer les restrictions d'activité : « faire sa toilette », « se nourrir », « s'habiller », « se coucher/se lever », « aller aux toilettes ». Seule l'activité « faire sa toilette » est présente dans VQS 2014. Cette ADL capte bien à elle seule l'ensemble des autres ADL. Généralement peu fréquentes, les restrictions ADL représentent les formes les plus sévères d'incapacité approchant la notion de dépendance. Les personnes concernées par ces difficultés ont besoin de l'aide d'une tierce personne régulièrement. Les personnes ayant déclaré au moins « un peu de difficultés » pour réaliser cette activité sont considérées comme ayant une restriction pour se laver.

¹ Pour ce faire, un score a été calculé à l'aide des réponses au questionnaire, il est incrémenté de 0 à 12 points selon le degré de difficulté.

Des questions portent également sur les aides reçues par les seniors, ce qui permet de repérer ceux recevant une aide de l'entourage et/ou professionnelle. La question « En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, la personne reçoit-elle l'aide de professionnels (infirmier, aide-ménagère...) dans la vie quotidienne ? » permet de détecter l'aide professionnelle reçue (modalités « oui » ou « non ») tandis que la question « En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, reçoit-elle l'aide de proches (conjoint, famille, ami...) dans la vie quotidienne ? » permet de repérer l'aide de l'entourage reçue. Nous considérons que les personnes déclarant « un peu » ou « beaucoup » d'aide de l'entourage reçoivent de l'aide d'un proche.

Un score décrivant le degré de dépendance a été construit à partir des réponses au questionnaire VQS. Chaque réponse ajoute de 0 à 12 points au score selon que la modalité représente l'absence de limitation, une faible limitation, une limitation moyenne ou une forte limitation. Ainsi, plus le senior déclare de difficultés¹, plus son score est élevé. Ce score est ensuite divisé par le score maximal possible pour chaque individu, et enfin normalisé : il est compris entre 0 et 100. À l'aide de ce score VQS, chaque senior se voit attribuer un groupe VQS de dépendance allant du groupe I (les seniors les plus autonomes) au groupe IV (les seniors très dépendants)³.

L'enquête VQS permet donc de mesurer la prévalence de la dépendance² grâce à un indicateur assez global puisque le score prend en considération presque l'ensemble des questions de VQS.

¹ Les modalités de réponse sont de type : « Non / oui, un peu / oui, beaucoup / ne peut pas du tout ».

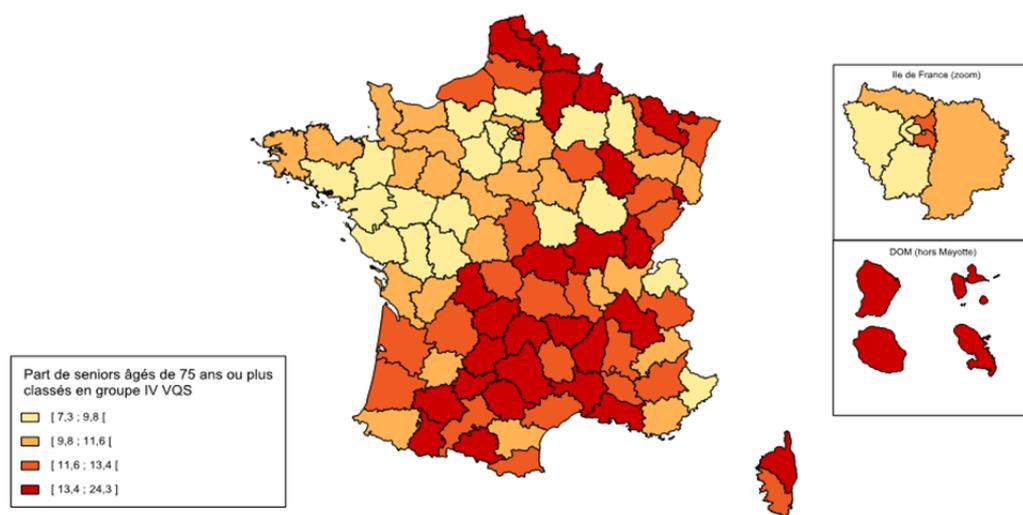
² Mathieu Brunel (DREES) et Amélie Carrère (DREES et INED), 2017, « [Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 – Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014](#) », Les Dossiers de la Drees n° 13, mars. Rapport « [Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 – Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors](#) » – octobre 2016.

³ Carrère A., Haag O. et Soullier N., 2015, « Enquêtes VQS et CARE : ou comment prendre en compte le tirage d'échantillons dépendants dans le cadre du NCEE », *Actes de la XI^e édition des Journées de méthodologie statistique*, INSEE, avril.

Des territoires marqués inégalement par la perte d'autonomie à domicile

Dans cette étude, l'analyse porte sur les individus âgés de 75 ans ou plus. En effet, les prévalences de la perte d'autonomie sont plus élevées pour cette tranche d'âge. Par ailleurs, les résultats sont assez similaires à ceux des 60 ans ou plus (voir en annexe 1). Les résultats présentés par la suite correspondent aux prévalences brutes, elles ne sont pas standardisées sur l'âge et le sexe (une telle standardisation s'avérant n'avoir pas d'impact sur les résultats – voir encadré 2).

➤ Carte 1 • Part des seniors âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile en groupe IV VQS



Lecture > Dans un quart des départements, la prévalence des personnes âgées de 75 ans ou plus, classées en groupe IV VQS, est inférieure à 9,8 %.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

La prévalence de la perte d'autonomie à domicile est plus faible dans les régions Bretagne, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire et Île-de-France

La proportion d'individus classés en groupe VQS IV permet d'identifier les départements regroupant le plus d'individus dépendants (en proportion) au sens de l'indicateur VQS qui synthétise les réponses aux diverses questions de l'enquête. Il existe de grandes disparités de risque de perte d'autonomie à domicile entre les départements. Chez les individus âgés de 75 ans ou plus, la prévalence moyenne et la prévalence médiane d'individus très dépendants au niveau national sont identiques et égales à 12 % (tableau 1). La Guadeloupe est le département pour lequel la prévalence est maximale (24 %) (carte 1). Elle est plus de trois fois plus élevée que celle du Morbihan (7 %) qui a la plus faible prévalence. Un quart des départements français ont une prévalence de la dépendance à domicile parmi les individus âgés de 75 ans ou plus, inférieure à 9,8 % (beige). Il s'agit majoritairement de départements situés dans les régions Bretagne, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire ainsi qu'en Île-de-France. Un quart des départements français ont, à l'inverse, une proportion

d'individus classés en groupe VQS IV supérieure à 13,4 % (rouge très foncé). Il s'agit majoritairement de départements situés dans le Nord et le Nord-Est, dans la moitié Sud de la France et dans les départements d'outre-mer.

➤ Tableau 1 • Mesures de dispersion des prévalences départementales de dépendance dans la population âgée de 75 ans ou plus vivant à domicile

Mesures de la dépendance	Moyenne (en %)	Écart-type (en points de %)	Maximum (en %)	3 ^e quartile (en %)	Médiane (en %)	1 ^{er} quartile (en %)	Minimum (en %)
Score VQS							
Groupe IV	12,0	3,2	24,3 (Guadeloupe)	13,4	11,6	9,8	7,1 (Morbihan)
Restrictions d'activité							
GALI	20,2	3,0	29,9 (Guadeloupe)	21,7	19,8	18,5	14,1 (Essonne)
Difficultés pour se laver	25,8	3,9	39,1 (Guadeloupe)	28,3	25,3	22,7	18,4 (Morbihan)
Limitations fonctionnelles							
Au moins une limitation fonctionnelle	45,2	4,8	60,0 (Guadeloupe)	47,1	45,0	42,4	35,0 (Yvelines)
Au moins deux limitations fonctionnelles	27,0	5,2	45,5 (Ariège)	29,4	26,4	24,3	18,4 (Essonne)
Au moins une limitation fonctionnelle physique	35,5	4,6	49,1 (La Réunion)	37,4	34,7	32,8	26,6 (Yvelines)
Au moins une limitation fonctionnelle sensorielle	21,3	2,7	29,3 (Ariège)	22,5	21,2	20,0	15,6 (Essonne)
Au moins une limitation fonctionnelle cognitive	15,4	3,5	31,6 (Guadeloupe)	16,9	14,8	13,7	10,0 (Morbihan)
Santé							
Mauvais ou très mauvais état de santé déclaré	21,3	5,1	51,0 (Guadeloupe)	22,5	20,8	18,9	14,9 (Essonne)
Maladies ou problèmes de santé chroniques	62,0	3,9	77,3 (Guadeloupe)	64,3	61,3	59,7	54,2 (Vienne)
Aides							
Au moins une aide humaine	50,8	5,4	72,0 (La Réunion)	53,6	50,4	47,6	41,6 (Paris)
Aide de l'entourage	41,4	5,5	64,9 (La Réunion)	44,5	40,3	37,9	32,4 (Paris)
Aide professionnelle	31,8	4,5	44,5 (Haute-Corse)	34,5	31,9	29,1	23,6 (Oise)
Au moins une aide technique pour se déplacer	34,6	3,8	47,4 (La Réunion)	37,0	34,4	31,8	27,0 (Haute-Savoie)

Note > Les estimations des moyennes, écart-types, médianes etc. des valeurs départementales sont calculées en pondérant chaque département par sa population de 75 ans ou plus vivant à domicile (telle qu'estimée dans l'enquête).

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > La prévalence moyenne des personnes de 75 ans ou plus classées dans le groupe IV VQS est de 12 %. La prévalence départementale maximale est de 24,3 % alors que la prévalence départementale minimale est de 7,1 %.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

➤ **Encadré 2 • Faut-il standardiser les prévalences pour tenir compte des disparités de structure par sexe et âge ?**

Pour pouvoir faire des comparaisons de territoires qui ne sont pas forcément identiques, il est d'usage de standardiser les prévalences par sexe et âge. Cela permet de comparer chaque département dans la situation hypothétique où ils auraient tous la même structure par sexe et âge. Il a été envisagé de réaliser une standardisation pour contrôler cet effet de structure. Or, les classements des départements avec et sans standardisation restent quasiment identiques (voir exemple ci-dessous avec l'indicateur GALI). Seuls 13 départements changent de classe. Certains départements se retrouvent dans des degrés de dépendance plus faible : les départements Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne passent de l'intervalle [1^{er} quartile ; 2^e quartile] à l'intervalle [Minimum ; 1^{er} quartile] ; les départements Gironde, Indre-et-Loire et Hautes-Pyrénées passent de l'intervalle [2^e quartile ; 3^e quartile] à l'intervalle [1^{er} quartile ; 2^e quartile] ; les départements Aube et Haute-Corse passent de l'intervalle [4^e quartile ; maximum] à l'intervalle [2^e quartile ; 3^e quartile]. D'autres départements se retrouvent dans des degrés de dépendance plus élevés : les départements Ain et Hérault passent de l'intervalle [Minimum ; 1^{er} quartile] à l'intervalle [1^{er} quartile ; 2^e quartile] ; les départements Ardèche, Rhône et Haute-Saône passent de l'intervalle [1^{er} quartile ; 2^e quartile] à l'intervalle [2^e quartile ; 3^e quartile] ; le département Gard passe de l'intervalle [2^e quartile ; 3^e quartile] à l'intervalle [3^e quartile ; Maximum]. Par soucis de simplification, il a donc été décidé de ne garder que les prévalences non standardisées.

➤ **Tableau • Comparaison des distributions non standardisées et standardisées pour l'indicateur GALI**

	GALI	
	Non standardisé	Standardisé
Moyenne	20,2 %	20,1 %
Coefficient de variation	142 %	142 %
Maximum	29,9 %	29,1 %
3 ^e quartile	21,7 %	21,8 %
Médiane	19,8 %	19,7 %
1 ^{er} quartile	18,5 %	18,3 %
Minimum	14,1 %	14,6 %

Note > Les estimations des moyennes, écart-types, médianes etc. des valeurs départementales sont calculées en pondérant chaque département par sa population de 75 ans ou plus vivant à domicile (telle qu'estimée dans l'enquête).

Coefficient de variation > Rapport de l'écart-type à la moyenne. Plus la valeur du coefficient de variation est élevée, plus la dispersion autour de la moyenne est grande. Sans unité, il permet la comparaison de distributions de valeurs dont les échelles de mesure ne sont pas comparables (source : INSEE, définitions).

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

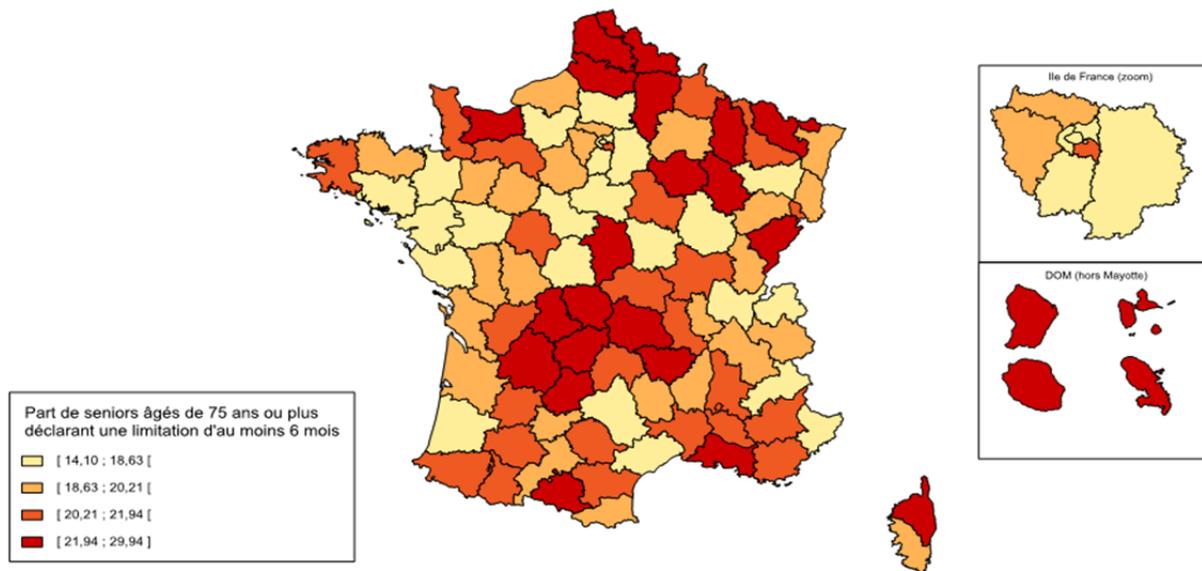
Lecture > La prévalence moyenne du nombre de personnes de 75 ans ou plus ayant des limitations d'activité est de 20,2 %. Elle est de 20,1 % lorsqu'une standardisation sur l'âge et le sexe est réalisée.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

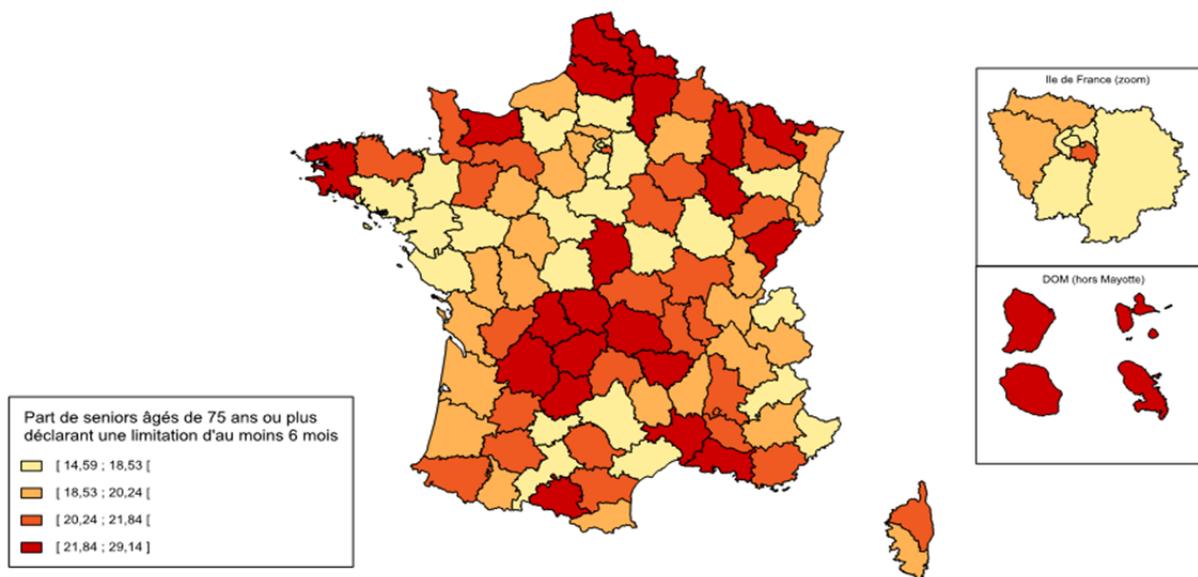
Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

➤ Carte • Comparaison des prévalences départementales non standardisées et standardisées pour l'indicateur GALI

Prévalences non standardisées



Prévalences standardisées



Lecture > Chez les 75 ans ou plus, la prévalence des limitations d'activité générales à domicile est comprise entre 21,84 % et 29,14 % dans le Finistère.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière.

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

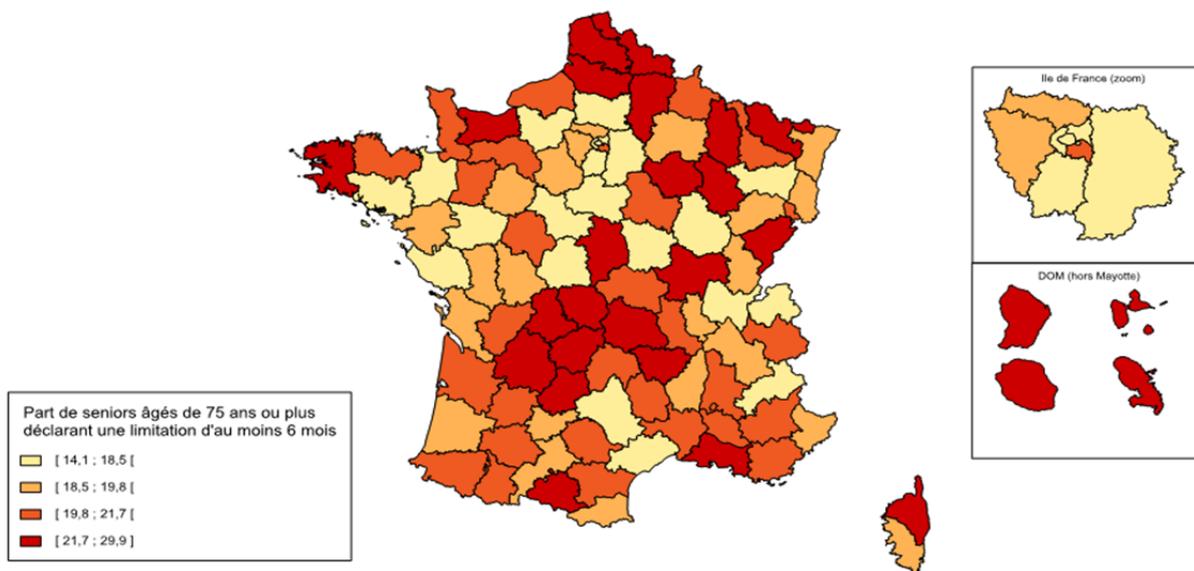
Une prévalence des limitations d'activité générales (GALI) à domicile plus élevée en Guadeloupe

L'indicateur de limitations d'activité générales, dit « GALI » (pour *Global Activity Limitation Indicator*), est un autre indicateur générique de la dépendance. Il est présent dans de nombreuses enquêtes : l'enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (SRCV / EU-SILC), l'enquête santé et protection sociale (ESPS), le Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), le baromètre santé, etc. (Dubost, 2018), et permet d'avoir une vision générale des limitations d'activité des personnes sans spécifier une activité particulière.

La distribution de cet indicateur est un peu plus concentrée que le groupe IV VQS. Si les départements qui se distinguent par une proportion élevée de groupe IV VQS ont généralement également une part élevée d'incapacités au sens de l'indicateur GALI, et réciproquement, la corrélation des deux indicateurs n'est pas non plus totale, et leur comparaison fait ressortir des différences pour certains départements.

La prévalence moyenne de l'indicateur GALI chez les 75 ans ou plus vivant à domicile est de 20 %, il en est de même pour la prévalence médiane (tableau 1). La prévalence de la Guadeloupe est la plus élevée (30 %), soit plus de deux fois celle de l'Essonne, où la prévalence est la plus faible (14 %).

► Carte 2 • Part des seniors âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile déclarant être limités dans leurs activités depuis au moins 6 mois (GALI)



GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > Dans un quart des départements, la prévalence des limitations d'activité générales parmi les personnes de plus de 75 ans est inférieure à 18,5 %.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

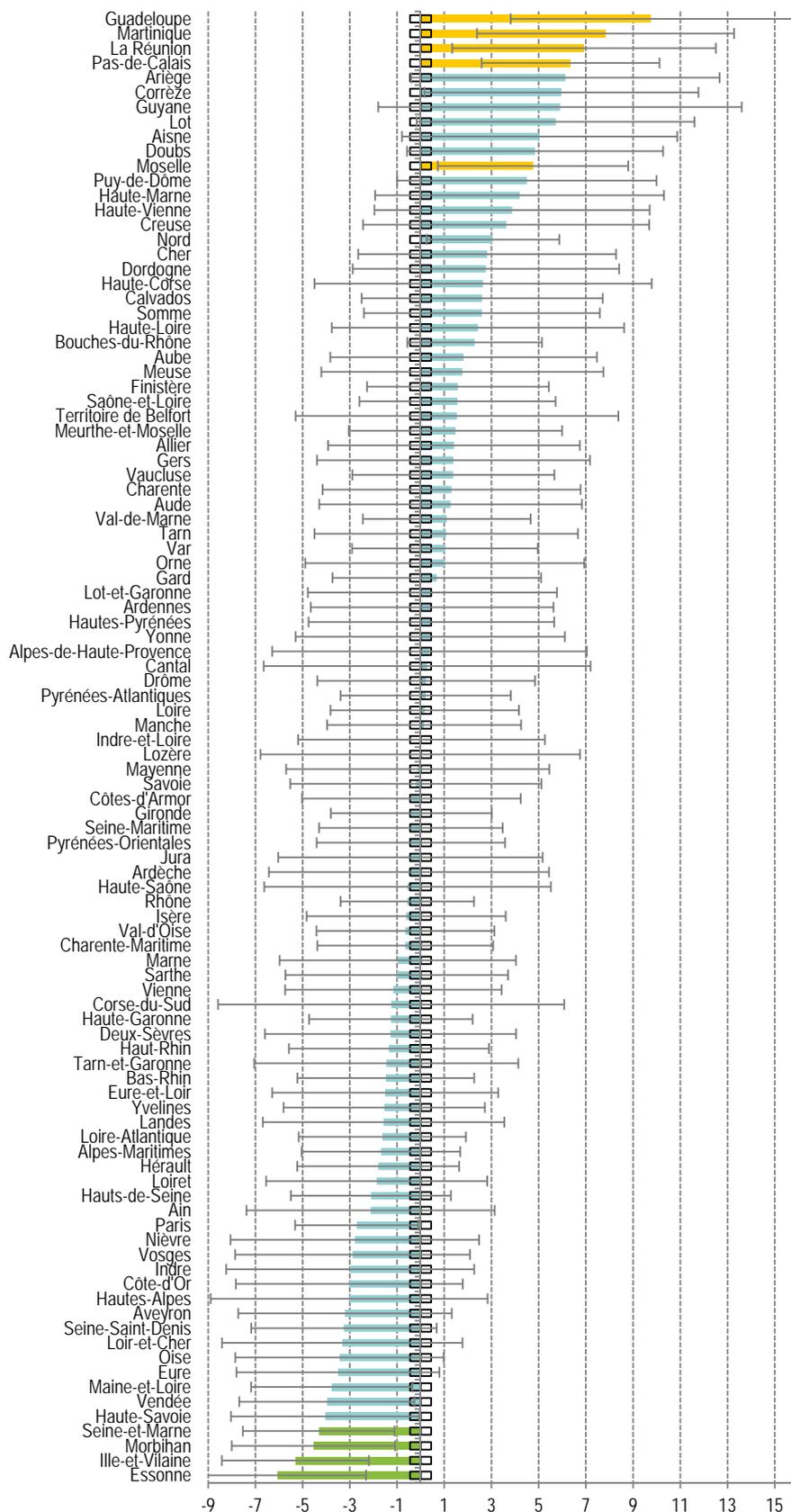
Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Les départements en rouge très foncé sur la carte 2 sont ceux pour lesquels la prévalence départementale des limitations d'activité générales est supérieure à 21,7 % (dernier quartile). Il s'agit des départements situés au Nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme et Aisne), de certains départements situés à l'Est (Moselle, Meuse, Haute-Marne, Aube et Doubs), d'une majorité des départements du centre (Cher, Creuse, Haute-Vienne, Dordogne, Lot, Corrèze, Puy-de-Dôme et Haute-Loire), des départements d'outre-mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane) et de quelques départements du Sud (Ariège, Bouches-du-Rhône et Haute-Corse). Les départements pour lesquels la prévalence est inférieure à 18,5 % (1^{er} quartile) sont la plupart des départements franciliens (Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Essonne et Seine-et-Marne) et aux alentours (Loiret, Loir-et-Cher, Eure, Oise, Indre, Nièvre et Vosges), ainsi que des départements de la Bretagne et des alentours (Morbihan, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée) et quelques départements du Sud (Hérault, Aveyron et Landes) et Sud-Est (Ain, Haute-Savoie, Hautes-Alpes et Alpes-Maritimes).

Malgré ces différences, seulement neuf départements ont une prévalence départementale significativement différente² de la prévalence nationale (graphique 1). La Guadeloupe, la Martinique, la Réunion, le Nord-Pas-de-Calais et la Moselle se démarquent par une prévalence significativement plus élevée que la prévalence nationale. Pour la Guadeloupe l'écart de prévalence est estimé à 10 points de pourcentage. À l'inverse, la Seine-et-Marne, le Morbihan, l'Ille-et-Vilaine et l'Essonne ont une prévalence significativement plus faible que la prévalence nationale. L'écart s'élève à -6 points de pourcentage pour l'Essonne.

² Le fait que certains écarts observés par rapport à la moyenne nationale soient considérés comme « non significatifs » est lié au fait que l'enquête repose sur un échantillon de la population et non sa totalité. Un écart est jugé non significatif statistiquement si son ampleur est inférieure à la marge d'erreur liée à l'échantillonnage.

➤ Graphique 1 • Écart à la moyenne de l'indicateur GALI



Intervalle de confiance à 95 % > Les intervalles des prévalences départementales sont représentés par les traits grisés autour des barres. Celui de la prévalence nationale est représenté par les rectangles noirs. La méthode d'estimation est décrite dans l'Encadré 3. Les départements représentés en bleu clair ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale au risque de 5 %.

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > En Essonne, la prévalence départementale de l'indicateur GALI chez les individus de 75 ans ou plus est inférieure de 6 points de pourcentage à la prévalence moyenne française d'après l'enquête VQS. En tenant compte de l'imprécision liée au fait que cette enquête repose sur un échantillon de la population et non sa totalité, cet écart se situe dans un intervalle de confiance allant de -10 à -2 points en dessous de la moyenne.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).
Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

L'indicateur GALI permet d'avoir une vision générale des disparités de perte d'autonomie entre les départements. Cependant, bien que la plupart des indicateurs de perte d'autonomie soient corrélés, des disparités départementales différentes existent lorsqu'on considère d'autres indicateurs. Ces écarts peuvent être liés à des spécificités départementales (environnement, spécialisation du bassin d'emploi, etc.). Les mêmes dispersions sont donc présentées, ci-dessous, pour d'autres indicateurs d'autonomie.

Le Morbihan est le département au sein duquel le risque de déclarer des difficultés pour se laver à domicile est le plus faible

L'indicateur des difficultés pour se laver est très corrélé à la dépendance en général. Cette activité fait partie de la liste des ADL (« *activities of daily living* », ou activités de la vie quotidienne), couramment utilisées pour mesurer les restrictions d'activité c'est-à-dire la perte d'autonomie. Réaliser sa toilette constitue l'activité la plus discriminante des ADL. Dans l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors en ménages de 2015, 63 % des individus ayant une restriction ADL ont au moins quelques difficultés pour se laver (68 % pour les 75 ans ou plus). La prévalence moyenne des difficultés pour se laver à domicile est de 26 %, et 25 % pour la prévalence médiane. La Guadeloupe a une prévalence de 39 % (maximum) alors que le Morbihan a une prévalence de 18 % (minimum). L'ordre des prévalences des départements est assez similaire à celui de l'indicateur GALI, excepté pour les Hautes-Alpes et l'Aveyron qui ont une prévalence de l'indicateur GALI très faible (prévalence pour les Hautes-Alpes : 17,1 % inférieur au premier quartile ; prévalence pour l'Aveyron : 17 % inférieur au premier quartile) et une prévalence des difficultés pour se laver très élevée (prévalence pour les Hautes-Alpes : 28,5 % supérieur au dernier quartile ; prévalence pour l'Aveyron : 27,8 % proche du dernier quartile). Pour l'Aveyron, l'écart peut être lié à la faible proportion de personnes utilisant un aménagement du logement, qui peut faciliter l'activité toilette. En effet, seulement 12,2 % des personnes de 75 ans ou plus résidant en Aveyron déclarent utiliser un aménagement de leur logement alors qu'en France entière (hors Mayotte), 20,5 % des personnes de 75 ans ou plus déclarent en utiliser. Pour les Hautes-Alpes, la proportion est très proche de celle au niveau national. Par contre, la proportion de personnes de 75 ans ou plus utilisant une aide technique à la mobilité y est plus basse (22,6 % contre 27,3 % en France entière hors Mayotte).

L'Ariège est le département où les individus de 75 ans ou plus vivant à domicile cumulent plus souvent au moins deux limitations fonctionnelles

L'écart entre la prévalence maximale (60 % en Guadeloupe) et la prévalence minimale (35 % dans les Yvelines) d'au moins une limitation fonctionnelle, tout type de limitations confondues, est élevé mais le rapport interquartile³ est proche de 1 (1,1). Ceci indique une forte concentration des départements autour de la prévalence médiane qui est de 45 %. Par contre, la prévalence des individus ayant « au moins deux limitations fonctionnelles sur les trois » est beaucoup plus variable d'un département à l'autre : l'écart entre la prévalence minimale (18 % en Essonne) et la prévalence maximale (46 % en Ariège) est de 28 points de pourcentage. La forte prévalence du cumul d'au moins deux limitations fonctionnelles pour l'Ariège s'explique par la forte prévalence des limitations sensorielles

³ Il s'agit du rapport entre le troisième quartile et le premier quartile, il donne une mesure relative des écarts entre les 25 % de la distribution les plus bas et les 25 % de la distribution les plus élevés.

sur ce territoire. Cet indicateur combine plusieurs dimensions de l'incapacité, or les départements ayant une prévalence élevée pour un type de limitation fonctionnelle l'ont souvent pour d'autres types, ce qui accentue les inégalités territoriales sur cet indicateur. Ainsi, de plus fortes disparités sont visibles lorsqu'on s'intéresse aux situations plus complexes d'incapacité, c'est-à-dire aux situations de cumuls de limitations fonctionnelles.

➤ Encadré 3 • Intervalles de confiance des écarts à la moyenne

Les intervalles sont estimés sur l'échantillon, grâce à la formule suivante :

$$\left[(\widehat{p}_{dep} - \widehat{p}_{nat}) - 1,96 * \sqrt{2 * V_{dep}}; (\widehat{p}_{dep} - \widehat{p}_{nat}) + 1,96 * \sqrt{2 * V_{dep}} \right]$$

Où :

- \widehat{p}_{dep} est la prévalence estimée au niveau départemental,
- \widehat{p}_{nat} est la prévalence estimée au niveau national,
- V_{dep} est la variance départementale estimée par : $\left(1 - \frac{n}{N}\right) * \left(\frac{\widehat{p} * (1 - \widehat{p})}{n}\right)$,
- n la taille de l'échantillon dans le département,
- N la taille de la population dans le département.

Un Design effect de 2 a été appliqué (multiplication par 2 de la variance d'un sondage aléatoire). Le « design effect » est calculé comme : le rapport entre la variance (telle qu'elle est estimée dans l'échantillon et compte tenu du plan de sondage mobilisé) et la variance d'un sondage aléatoire simple. Ce chiffre « 2 » correspond donc à l'accroissement de la variance liée au plan de sondage. L'intervalle de confiance pour le « zéro » c'est-à-dire l'écart à la moyenne nationale de la prévalence nationale est estimé par :

$$\left[(\widehat{p}_{nat} - \widehat{p}_{nat}) - 1,96 * \sqrt{2 * \widehat{V}}; (\widehat{p}_{nat} - \widehat{p}_{nat}) + 1,96 * \sqrt{2 * \widehat{V}} \right] \Leftrightarrow [-1,96 * \sqrt{2 * \widehat{V}}; +1,96 * \sqrt{2 * \widehat{V}}]$$

\widehat{V} est la variance estimée au niveau national.

La prévalence départementale est significativement différente de la prévalence nationale lorsque ces deux intervalles ne se recouvrent pas (graphiquement lorsque les barres en gris clair ne sont pas incluses dans les rectangles noirs). Les départements représentés en bleu clair ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale au risque de 5 %.

À domicile, La Réunion est le département le plus touché par les limitations dans les fonctions physiques

La prévalence moyenne à domicile des limitations physiques est de 36 % (35 % pour la prévalence médiane). La Réunion (maximum) a une prévalence de la dépendance de 49 % contre 27 % pour les Yvelines (minimum).

Le risque d'avoir des limitations physiques est le plus élevé (prévalence supérieure à 37,4 % qui correspond au dernier quartile, carte 3) pour les départements situés au Nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme et Aisne ainsi que le Calvados), pour certains départements situés plutôt à l'Est (Moselle, et Haute-Marne), pour une majorité des départements du centre (Cher, Allier, Creuse, Haute-Vienne, Charente, Dordogne, Corrèze, Puy-de-Dôme et Saône-et-Loire), pour les départements d'outre-mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane) et pour quelques départements du Sud (Gers, Ariège, Tarn, Aveyron et Haute-Corse). Les départements pour lesquels la prévalence est inférieure à 32,8 % (1^{er} quartile) sont la plupart des départements franciliens (Paris, Hauts-de-Seine, Yvelines et Essonne) et aux alentours (Loiret, Oise, Eure, Loir-et-Cher, Nièvre et Côte-d'Or ainsi que le Territoire de Belfort), la plupart des départements de la Bretagne et des alentours (Morbihan, Ille-et-Vilaine, Maine-et-Loire, Sarthe et Vienne) et quelques

départements du Sud-Est (Hérault, Lozère, Drome, Var, Alpes-Maritimes, Corse-du-Sud, Ain, Haute-Savoie et Savoie).

Dix-huit départements ont une prévalence départementale significativement différente de la prévalence nationale (graphique 2). La Réunion, la Guadeloupe, le Pas-de-Calais, la Haute-Corse, l'Aisne, la Guyane, la Moselle, la Martinique, la Haute-Marne et le Nord se démarquent par une prévalence significativement plus élevée que la prévalence nationale. Pour La Réunion l'écart de prévalence est estimé à 14 points de pourcentage. À l'inverse, Paris, le Maine-et-Loire, les Hauts-de-Seine, l'Ille-et-Vilaine, la Haute-Savoie, l'Essonne, le Morbihan, et les Yvelines ont une prévalence significativement plus faible que la prévalence nationale. L'écart s'élève à -9 points de pourcentage pour les Yvelines.

Le centre de la France est plus touché par les limitations fonctionnelles sensorielles à domicile

Les prévalences départementales des limitations sensorielles sont encore moins dispersées que pour les limitations physiques. Ces écarts entre départements, bien que faibles, peuvent trouver leur origine dans des disparités de catégorie socioprofessionnelle et donc d'exposition aux risques. Les employés et ouvriers ont des risques de rencontrer des limitations sensorielles et/ou physiques plus accrus que les cadres (Cambois, Robine, 2004). Plus récemment, l'enquête CARE-M a mis en évidence des inégalités de difficultés d'audition et de vision liées à la catégorie socioprofessionnelle (Rolland-Guillard, 2018). Ces résultats avaient déjà été mis en évidence grâce aux enquêtes handicaps-incapacités-dépendance (HID) en 1999-2000 (Sander M.S., 2007), Handicap-Santé en 2008 chez les plus de 20 ans en ménage et en institution (Haeusler L., 2014) et Handicap-Santé en ménage (2008) pour les limitations fonctionnelles de vision (Calvet L., 2014). Or, les différences départementales de ratio ouvriers/cadres sont très marquées. On retrouve un nombre beaucoup plus important d'ouvriers que de cadre dans les régions du Nord par rapport à l'Île-de-France par exemple.

Les habitants du Sud vivant à domicile sont plus touchés par les limitations fonctionnelles cognitives comparativement aux autres types de limitations fonctionnelles

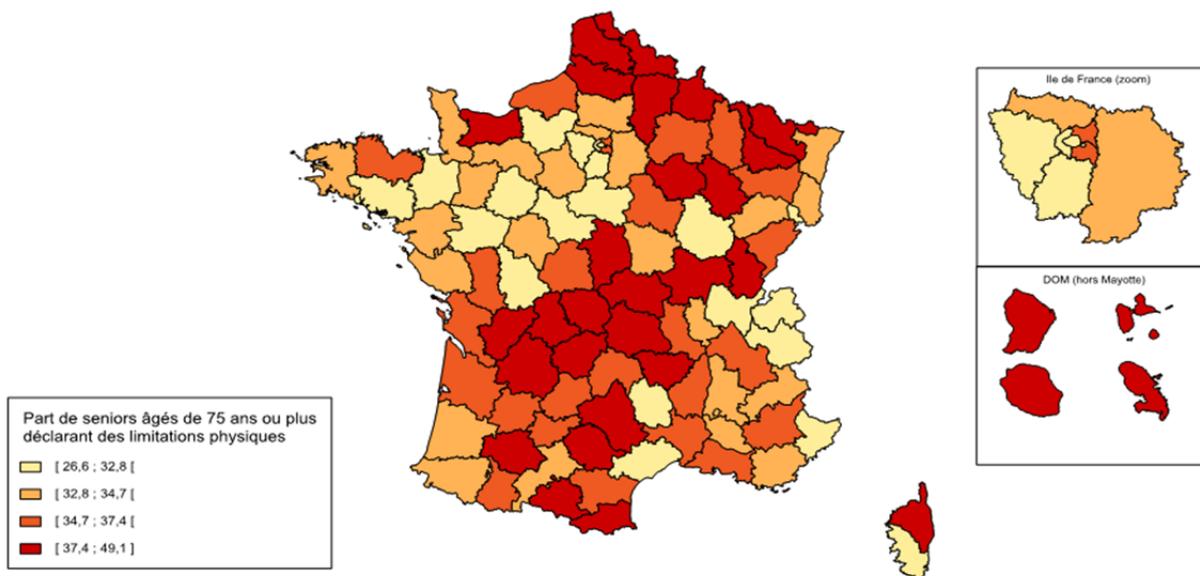
La prévalence moyenne des limitations cognitives est de 15 % (il en est de même pour la prévalence médiane). La Guadeloupe à une prévalence de 32 % (maximum), elle est supérieure de 16 points de pourcentage à la moyenne nationale et représente plus de 3 fois celle du Morbihan (10 %, le minimum).

La plupart des départements ayant une prévalence élevée pour les limitations physiques ont également une prévalence élevée pour les limitations cognitives ; et inversement ceux ayant une prévalence faible pour une des limitations l'ont pour les deux types de limitations fonctionnelles (graphique 2). Toutefois, les départements plus au Sud sont davantage touchés par les limitations cognitives que les limitations physiques (carte 3). L'Ariège, le Gers et la Corrèze ont des prévalences significativement plus élevées de la moyenne nationale pour les limitations cognitives, alors qu'ils sont dans la moyenne pour les limitations physiques. À l'inverse, le Nord, la Moselle, la Haute-Marne, la Haute-Corse se distinguent par une prévalence significativement plus élevée que la moyenne nationale seulement pour les limitations physiques (et non cognitives). Par ailleurs, Paris, le Maine-

et-Loire, les Hauts-de-Seine et l'Ille-et-Vilaine ont des prévalences significativement plus faibles de la moyenne nationale pour les limitations physiques, alors qu'ils sont dans la moyenne pour les limitations cognitives. À l'inverse, la Marne se distingue par une prévalence significativement plus faible que la moyenne nationale seulement pour les limitations cognitives (et non physiques).

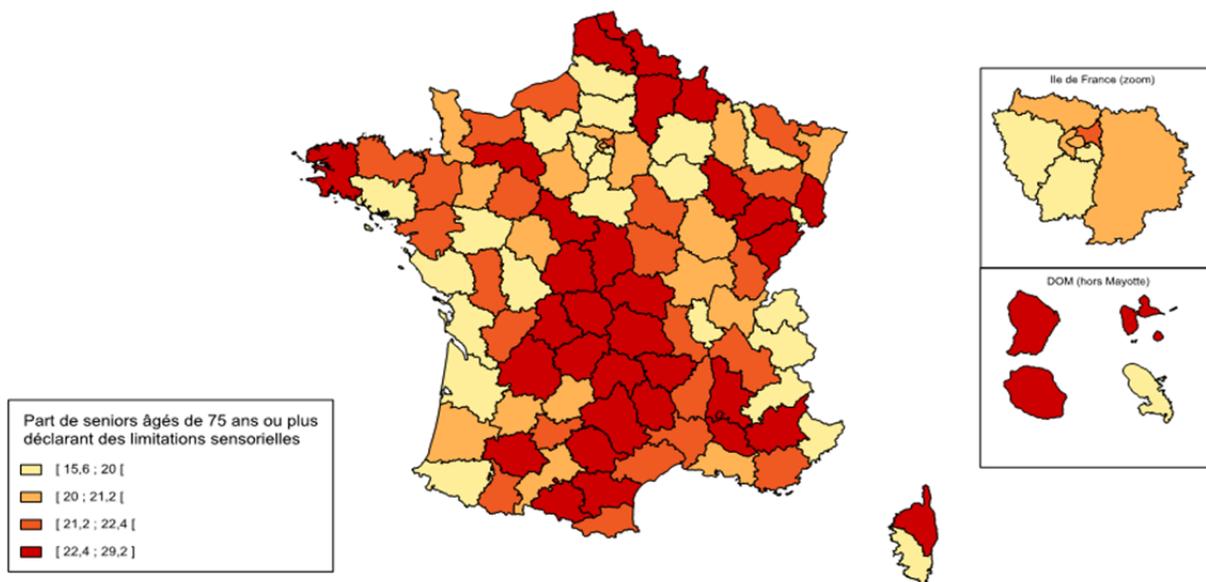
L'exposition à certaines pollutions, des conditions de travail difficiles, l'obésité (Qizilbash et al. 2015), le diabète (Cooper et al. 2015) constituent des facteurs déclenchants de limitations cognitives. Ils sont plus présents sur certains territoires. Par ailleurs, des réponses institutionnelles ou familiales mieux adaptées aux personnes ayant ces troubles peuvent leur permettre de rester plus longtemps à domicile contrairement à d'autres territoires dans lesquels les personnes ayant ces troubles peuvent être contraintes d'entrer en institution et donc sortent de notre champ d'étude⁴ (voir *infra*).

➤ Carte 3 • Part des seniors âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile déclarant...
... des limitations physiques

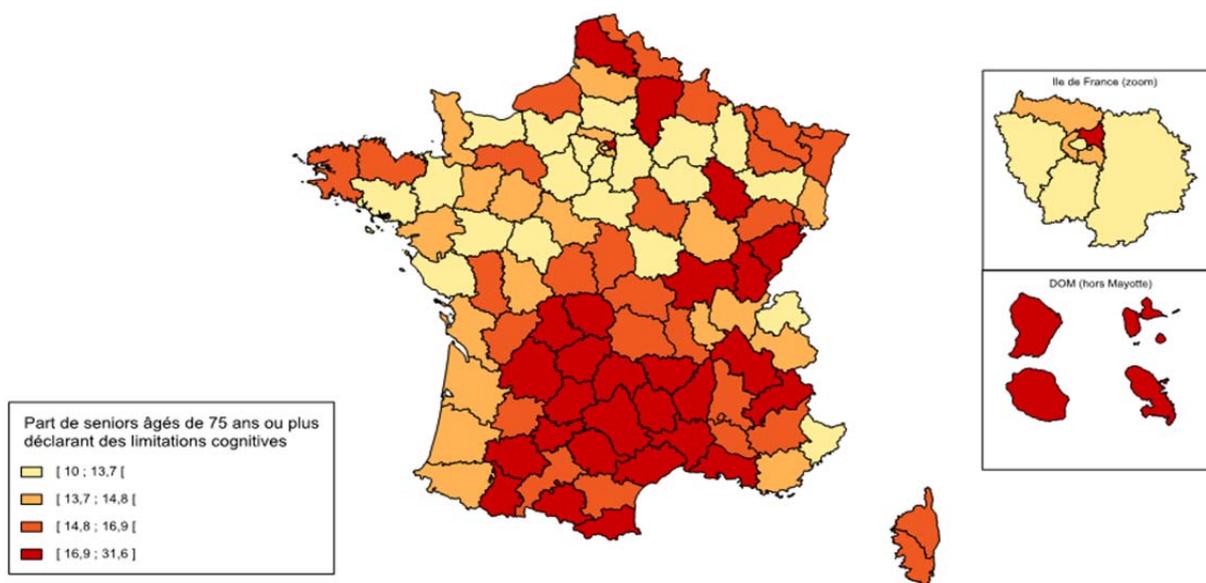


⁴ Pour rappel, l'enquête VQS n'interroge que des personnes résidant à leur domicile.

... des limitations sensorielles



... des limitations cognitives



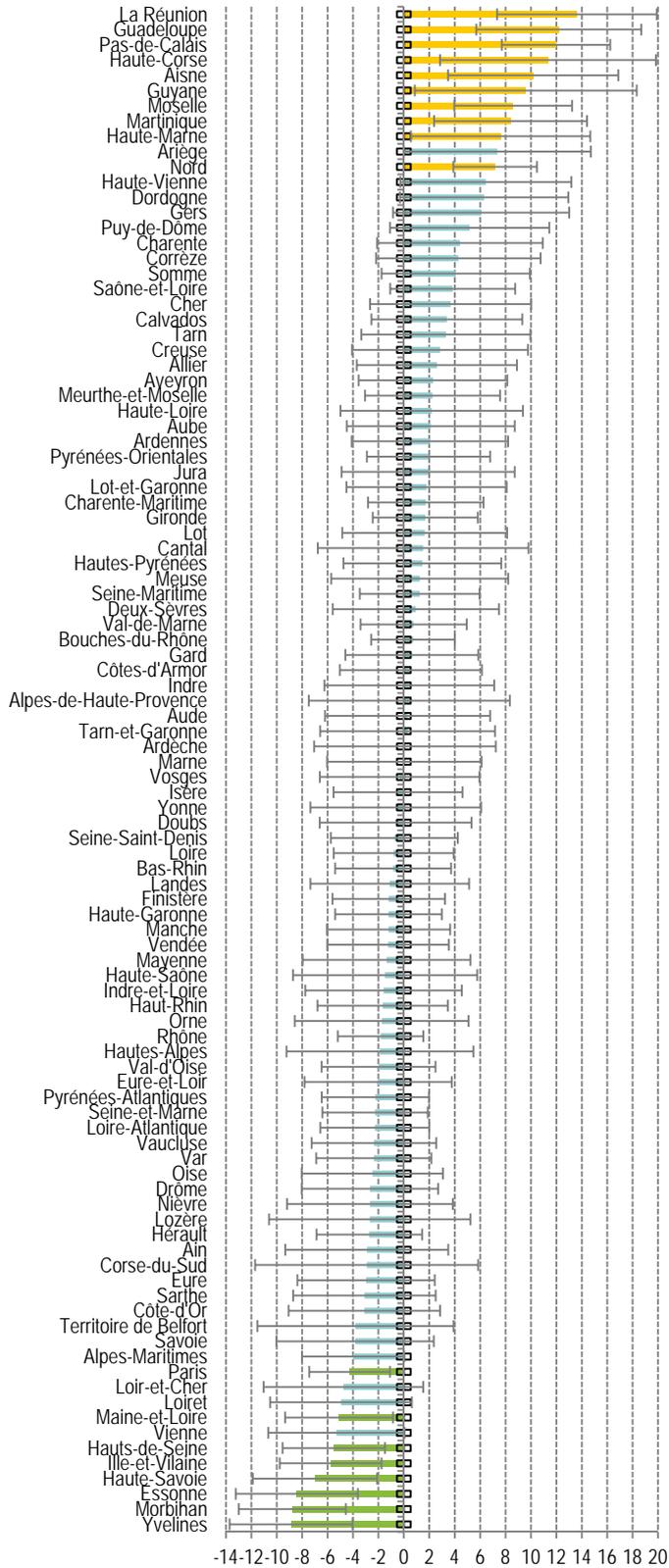
Lecture > Dans un quart des départements, la prévalence d'au moins une limitation cognitive parmi les personnes de plus de 75 ans est inférieure à 13,7 %.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

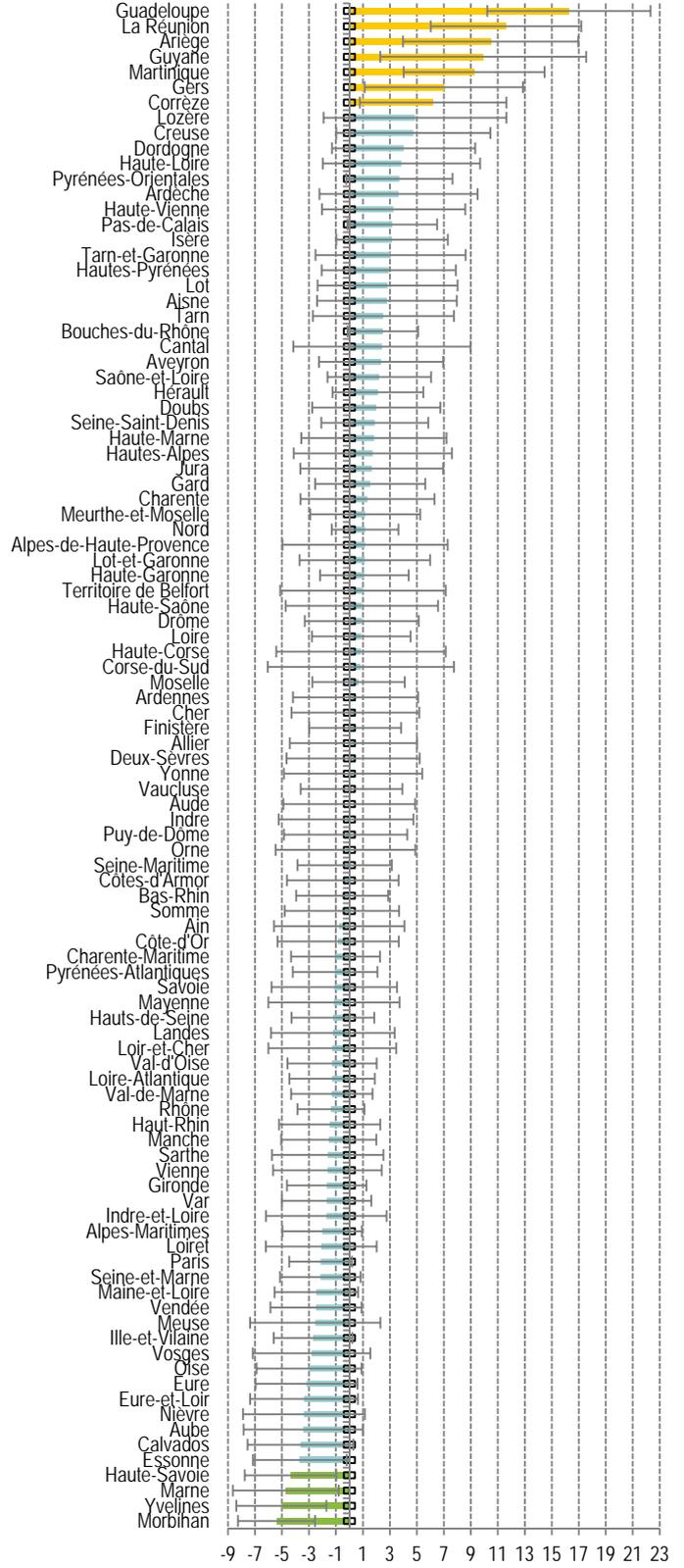
Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

➤ Graphique 2 • Écart à la moyenne de l'indicateur...

... des limitations physiques



... des limitations cognitives



Intervalles de confiance à 95 % > Les intervalles des prévalences départementales sont représentés par les traits grisés autour des barres. Celui de la prévalence nationale est représenté par les rectangles noirs. La méthode d'estimation est décrite dans l'Encadré 3. Les départements représentés en bleu clair ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale au risque de 5 %.

Lecture > Dans le Morbihan, la prévalence départementale d'au moins une limitation cognitive chez les individus de 75 ans ou plus est inférieure de 5 points de pourcentage à la prévalence moyenne française d'après l'enquête VQS. En tenant compte de l'imprécision liée au fait que cette enquête repose sur un échantillon de la population et non sa totalité, cet écart se situe dans un intervalle de confiance allant de -8 à -3 points en dessous de la moyenne.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

L'Essonne est le département pour lequel la proportion de personnes se déclarant en mauvaise et très mauvaise santé à domicile est la plus faible

Pour l'indicateur de mauvaise et très mauvaise santé déclarée, les prévalences comprises entre le 1^{er} quartile et le 3^e quartile sont assez proches : entre 18,9 % et 22,5 %. La moyenne et la médiane de l'indicateur sont de 21 % mais les valeurs extrêmes sont très éloignées. La prévalence maximale est observée en Guadeloupe (51 %) alors que la prévalence minimale est observée en Essonne (15 %).

Les maladies ou problèmes de santé chroniques touchent de manière plus uniforme l'ensemble des départements

La prévalence des maladies ou problèmes de santé chroniques varie de 54 % (Vienne) à 77 % (Guadeloupe). Il y a donc assez peu de différences entre les individus concernant cet indicateur. En effet, la majorité des individus de 75 ans ou plus sont confrontés à ces problèmes de santé quel que soit leur lieu de résidence. Les maladies ou les problèmes de santé chroniques (ou « chocs de santé ») sont considérées comme la première étape du processus d'entrée en dépendance (Verbrugge & Jette, 1994).

L'entourage est plus impliqué dans l'aide à la vie quotidienne à domicile à la Réunion

La prévalence moyenne de l'aide de l'entourage est de 41 %, et 40 % pour la prévalence médiane. C'est à Paris que la prévalence est la plus faible (32 %) et à la Réunion qu'elle est la plus élevée (65 %). Ces disparités peuvent traduire des habitudes de solidarités familiales différentes selon les territoires. On constate notamment que la taille des ménages avec au moins une personne de 60 ans ou plus est 1,2 fois plus élevée à la Réunion qu'à Paris (2,0 habitants pour la Réunion contre 1,7 habitants pour Paris, source : VQS 2014, champ : logements ordinaires). Ces écarts de taille de ménage sont liés à des pratiques différentes de recohabitation avec les enfants lorsqu'un parent perd son autonomie mais aussi par des contraintes immobilières : la taille des logements en région parisienne limite la cohabitation avec des aidants de l'entourage.

La prévalence est la plus élevée (supérieure à 44,5 % qui correspond au dernier quartile) dans les départements situés plutôt dans le Nord (Nord, Pas-de-Calais et Aisne), plutôt dans l'Est (Meuse, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Territoire de Belfort et Jura), au centre (Haute-Vienne, Corrèze, Puy-de-Dôme, Cantal, Lot, Aveyron, Lozère, Ardèche, Tarn, Gers et Ariège), dans les départements d'outre-mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique et Guyane) ainsi qu'en Haute-Corse (carte 4). Les départements où le taux de recours à l'aide de l'entourage est la plus faible (inférieur 37,9 %) sont les départements franciliens (Paris, Hauts-de-Seine, Yvelines et Essonne) ou autour de l'Île-de-France (Eure-et-Loir, Loir-

et-Cher, Indre-et-Loire, Vienne, Nièvre et Marne), les départements bretons ou alentours (Morbihan, Côtes d'Armor, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Mayenne, Maine-et-Loire, Vendée et Calvados), quelques départements à l'Est (Rhône, Ain et Vosges) et au Sud-Est (Pyrénées-Orientales, Var et Alpes-Maritimes).

Les écarts à la moyenne sont assez importants et disparates (graphiques 3). Quinze départements ont une prévalence départementale significativement différente de la moyenne nationale. Les écarts de prévalence par rapport à la moyenne peuvent aller jusqu'à +24 points de pourcentage à la Réunion et -9 points de pourcentage pour Paris.

La déclaration du recours à l'aide professionnelle à domicile est la plus forte en Haute-Corse

La prévalence moyenne de l'aide professionnelle à domicile (infirmier, aide-ménagère, ...) est de 32 % (identique à la médiane). La Haute-Corse a une prévalence de 45 % (maximum) contre 24 % pour l'Oise (minimum). Vingt départements ont une prévalence du recours à l'aide professionnelle significativement différente de la moyenne nationale (graphique 3). On constate des écarts de prévalences assez élevés entre les départements, avec des pics pour les valeurs extrêmes positives : la Haute-Corse a une prévalence plus élevée de 13 points de pourcentage que la moyenne nationale ; respectivement 12 points de pourcentage pour la Réunion. Pour les valeurs extrêmes où la prévalence est plus faible que la moyenne nationale, les écarts sont au maximum de 8 points de pourcentage pour l'Oise.

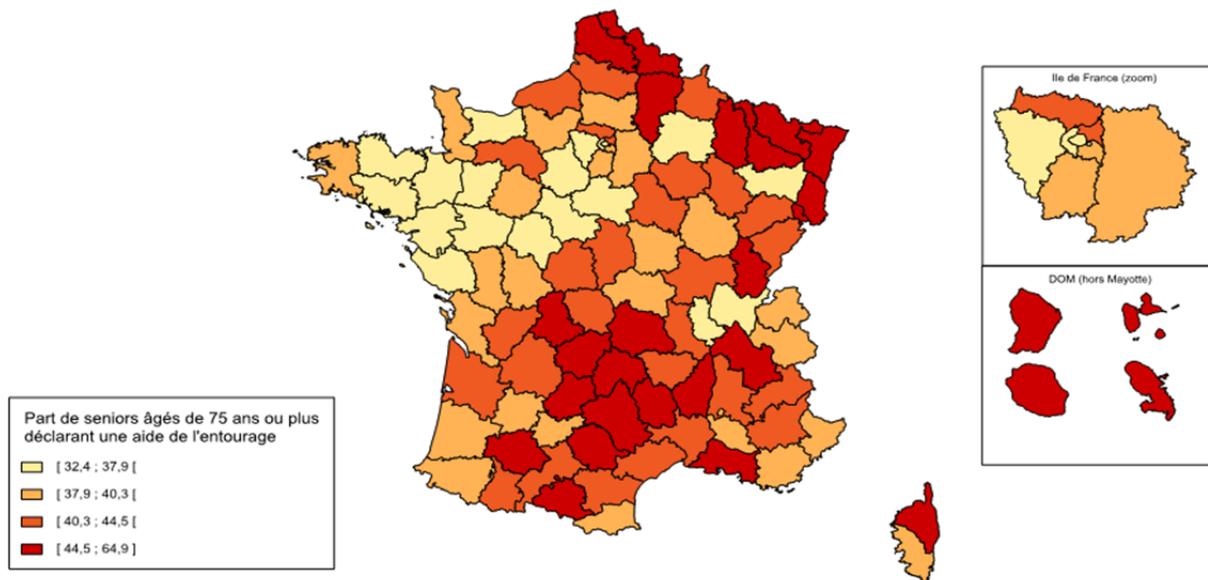
Les cartes concernant l'aide de l'entourage et l'aide professionnelle sont assez différentes (carte 4). Pour certains départements⁵, on retrouve à la fois des taux de recours à l'aide professionnelle et de l'entourage élevés, révélant plutôt une complémentarité de l'aide formelle et informelle et sans doute un fort maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. En effet, dans ces départements les prévalences des limitations fonctionnelles physiques et cognitives sont très élevées. À l'inverse, Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines ont des taux de recours faibles à la fois pour l'aide de l'entourage et l'aide professionnelle, il s'agit aussi de départements au sein desquels la prévalence des limitations fonctionnelles physiques et cognitives est plus faible. Ainsi, soit ces territoires sont caractérisés par un meilleur état de santé en général ne nécessitant pas un recours à l'aide professionnelle et de l'entourage fort, soit l'offre à domicile et l'implication de l'entourage sont insuffisantes à maintenir les personnes à domicile lorsqu'elles développent des incapacités.

Certains départements ont un fort recours à l'aide de l'entourage mais le recours à l'aide professionnelle s'inscrit dans la moyenne, révélant plutôt une substituabilité de l'aide formelle et informelle (avec un recours plus fort à l'aide informelle). Il s'agit de la Moselle, le Bas-Rhin et la Guyane. D'autres départements ont à l'inverse un fort recours à l'aide de professionnelle mais le recours à l'aide de l'entourage correspond à la moyenne : la Loire, la Manche, la Haute-Loire et le Tarn.

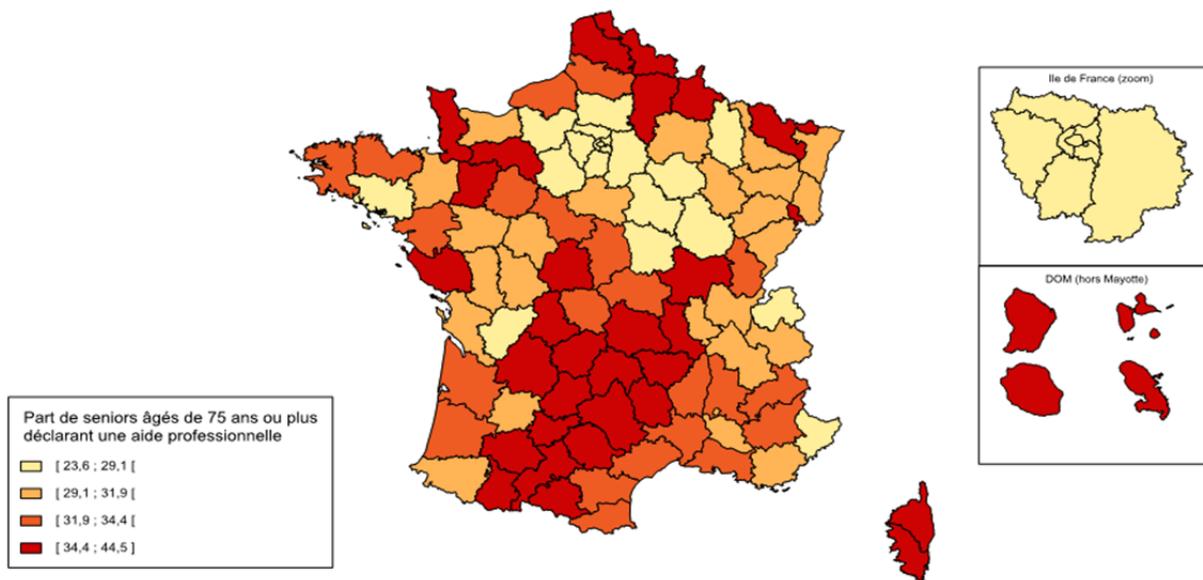
⁵ Nord, Pas-de-Calais, Haute-Corse, Martinique, Guadeloupe et La Réunion.

➤ Carte 4 • Part des seniors âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile déclarant...

... une aide de l'entourage



... une aide professionnelle



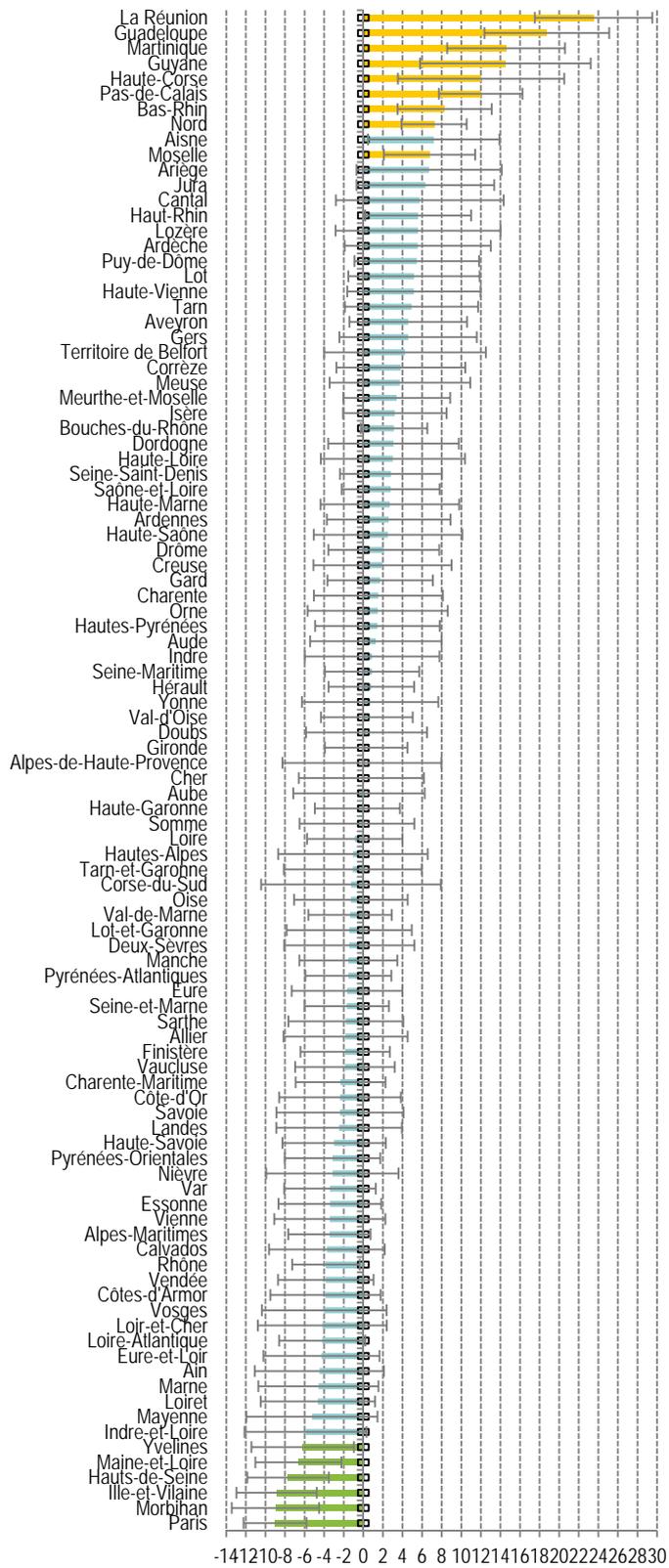
Lecture > Dans un quart des départements, la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus déclarant une aide professionnelle est inférieure à 29,1 %.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

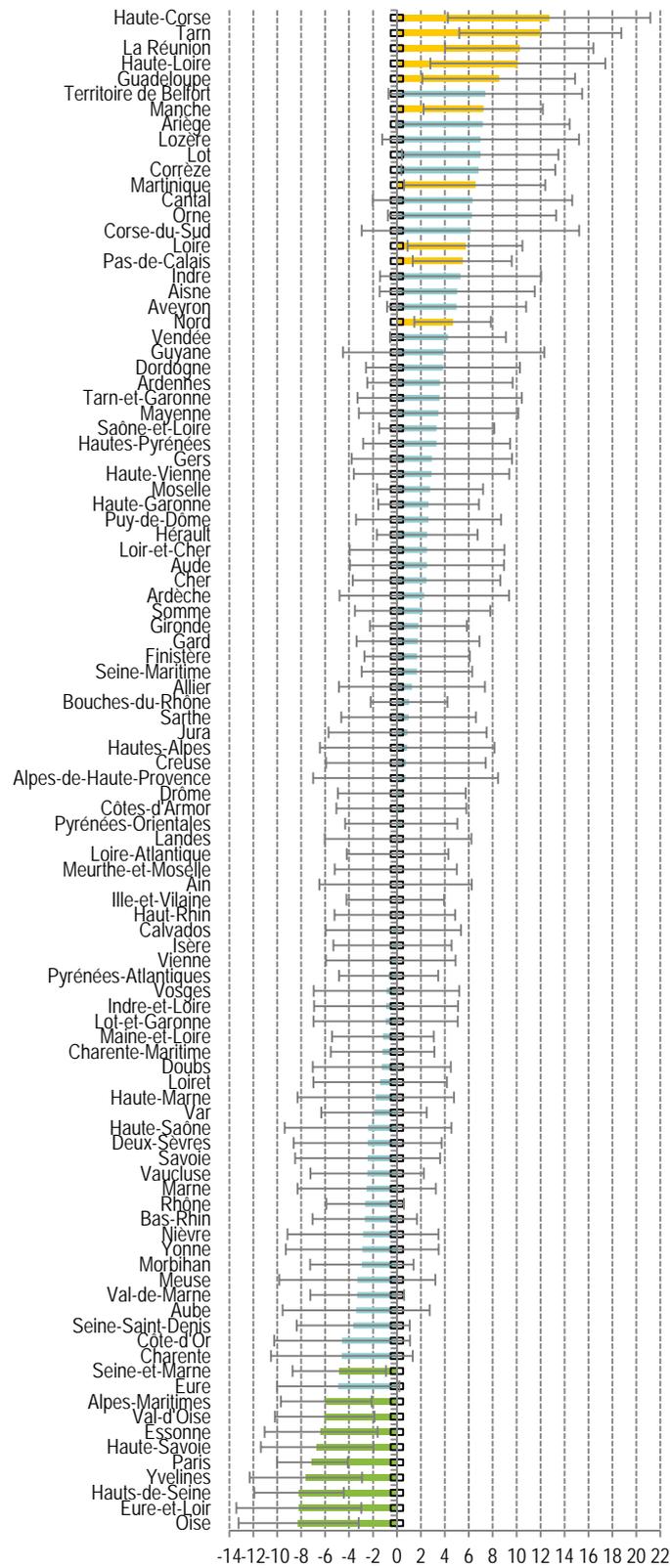
Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

➤ Graphique 3 • Écart à la moyenne de...

... l'aide de l'entourage



... l'aide professionnelle



Intervalles de confiance à 95 % > Les intervalles des prévalences départementales sont représentés par les traits grisés autour des barres. Celui de la prévalence nationale est représenté par les rectangles noirs. La méthode d'estimation est décrite dans l'encadré 3. Les départements représentés en bleu clair ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale au risque de 5 %.

Lecture > Dans l'Oise, la prévalence départementale de personnes âgées de 75 ans ou plus déclarant de l'aide professionnelle est inférieure de 8 points de pourcentage à la prévalence moyenne française d'après l'enquête VQS. En tenant compte de l'imprécision liée au fait que cette enquête repose sur un échantillon de la population et non sa totalité, cet écart se situe dans un intervalle de confiance allant de -13 à -3 points en dessous de la moyenne.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Des disparités de perte d'autonomie liées au contexte socio-économique et d'offre sur le territoire

Afin de mettre en évidence les relations entre les variables d'incapacité et le contexte socio-économique et d'offre au niveau départemental, plusieurs types d'analyse sont réalisés : analyse des corrélations entre les différentes variables au niveau départemental, analyse des correspondances multiples (ACM, voir encadré 4)⁶ et régressions logistiques de chaque prévalence départementale de l'incapacité. Ces différentes analyses viennent se compléter pour donner des éléments d'explications aux disparités territoriales de perte d'autonomie et repérer des départements atypiques.

➤ Encadré 4 • Analyse des correspondances multiples (ACM)

L'ACM est une méthode statistique descriptive permettant d'identifier les corrélations qu'il existe entre différentes variables individuelles. Ces variables ainsi que chaque individu (ici les départements) sont projetées dans un espace à plusieurs dimensions : chaque axe représente les variables utilisées. Sont sélectionnés les axes concentrant la majorité des variations (généralement deux ou trois axes). Ce type d'analyse permet d'identifier des groupes d'individus (ici départements) semblables.

Dans ce dossier, les variables suivantes sont utilisées comme variables actives ou discriminantes (variables permettant de classer les individus sur les axes) : les limitations physiques, les limitations cognitives, le GALI (Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitations d'activité générales ») et le groupe IV VQS. Les variables suivantes sont projetées comme variables supplémentaires ou auxiliaires : (1) le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, (2) le taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile, la densité d'infirmiers libéraux, le taux de recours à de l'aide de l'entourage, le taux de recours à de l'aide professionnelle (regroupé sous l'intitulé « aide à domicile » dans le Graphique 4), (3) le ratio des PCS* et (4) le taux de pauvreté des 75 ans ou plus (voir Encadré 5).

*. Ce ratio renvoi au nombre d'anciens ouvriers, d'anciens employés et d'anciens agriculteurs exploitants rapporté au nombre d'anciens cadres et d'anciennes professions intermédiaires (Encadré 5).

Des profils d'incapacités différents selon le territoire

L'ACM identifie les départements pour lesquels la dépendance au sein de la population vivant à domicile est plus ou moins élevée en général (axe 1 du graphique 4). Cet axe explique 83 % des variations départementales. Les départements situés à droite de l'origine sont des départements où la dépendance à domicile est élevée. Il s'agit des départements déjà identifiés précédemment : départements d'outre-mer, Pas-de-Calais, Aisne, Haute-Marne, Ariège... Ceux situés à gauche de l'origine sont des départements où la dépendance à domicile est faible : Morbihan, Haute-Savoie, Maine-et-Loire, Ille-et-Vilaine, Essonne... Le deuxième axe qui ressort concerne le type d'incapacité (il explique 11 % des variations). Les départements situés au-dessus de l'origine sont des départements pour lesquels la

⁶ L'ACM est une méthode descriptive d'analyse des données ayant pour objectif de résumer les corrélations existantes entre différentes variables (voir encadré 4).

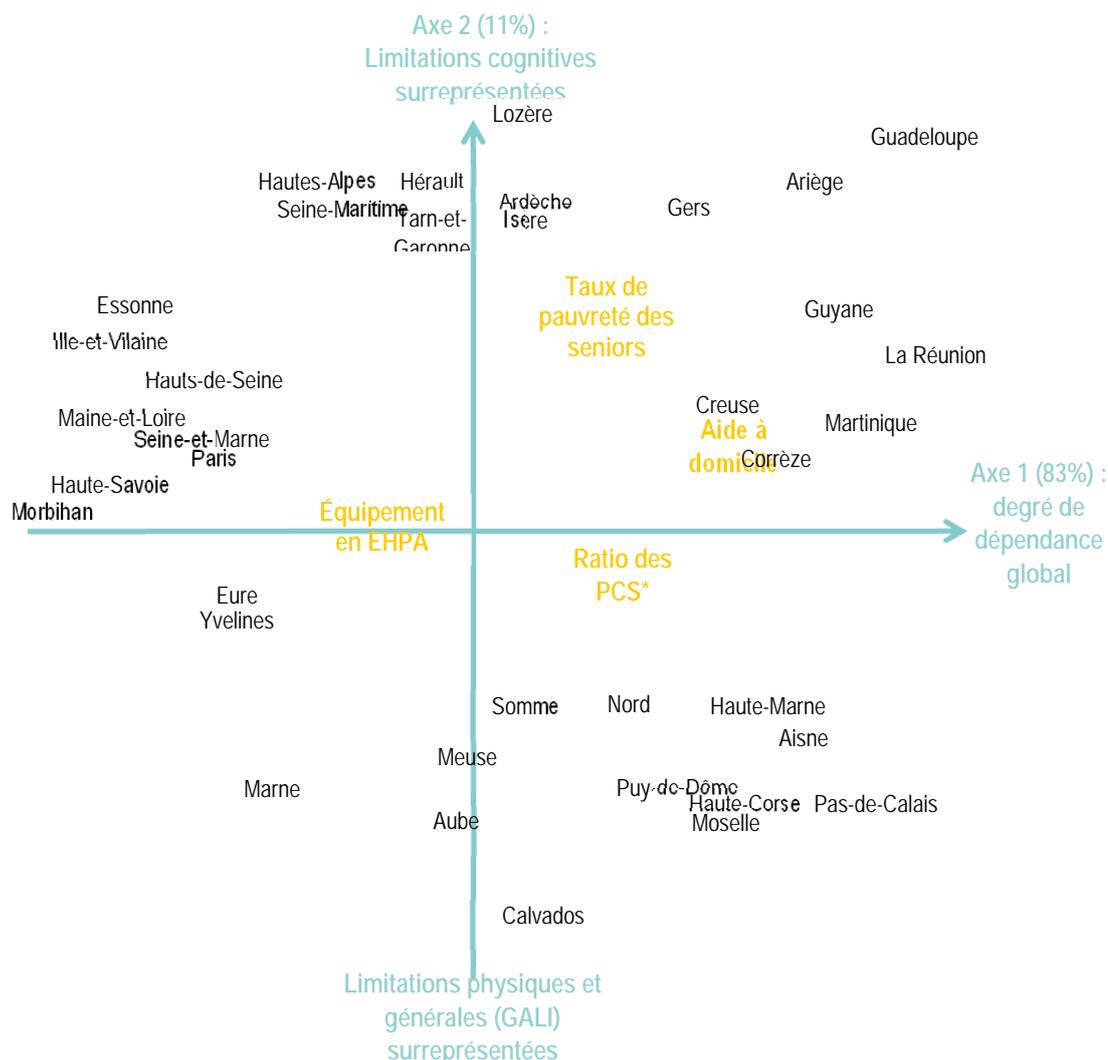
prévalence des limitations cognitives est élevée : Lozère, Guadeloupe, Ariège, Hérault, Hautes-Alpes... Alors que les départements situés en dessous de l'origine sont des départements où la prévalence des limitations physiques ou des limitations d'activité générales sont élevées : Calvados, Aube, Moselle... On identifie d'ailleurs, que beaucoup de départements du Sud de la France ont une perte d'autonomie plutôt moyenne mais sont plus caractérisés par des prévalences de limitations cognitives à domicile élevées.

➤ Encadré 5 • Variables contextuelles au niveau départemental

Des variables contextuelles au niveau départemental ont été sélectionnées afin d'apporter des éléments d'explication aux disparités d'incapacité auxquelles font face les départements.

- *Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées* : nombre de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), en logements-foyers (désormais résidences-autonomie), places d'hébergement temporaire et lits de soins de longue durée, rapporté à la population de plus de 75 ans du département. Sources : DREES, ARS, FINESS, STATISS 2015 ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2015, arrêtées fin 2015.
- *Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile* : nombre de places rapporté à la population, pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées regroupent les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les services d'aide à domicile sont hors champ. Sources : DREES, ARS, FINESS, Statistique annuelle des établissements de santé, STATISS 2015 ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2015, arrêtées fin 2015.
- *Densité d'infirmiers libéraux en activité* : nombre d'infirmiers libéraux en activité au 1er janvier 2015 pour 100 000 habitants. Sources : DREES, répertoire Adeli ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2014, arrêtées fin 2014.
- *Taux de recours à de l'aide de l'entourage à domicile* : proportion de personnes de 75 ans ou plus déclarant avoir recours à de l'aide de l'entourage dans l'enquête VQS (question : En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, la personne reçoit-elle de l'aide de proches (conjoint, famille, ami...) dans la vie quotidienne ?). Sources : DREES, enquête Vie Quotidienne et Santé 2014.
- *Taux de recours à de l'aide professionnelle à domicile* : proportion de personnes de 75 ans ou plus déclarant avoir recours à de l'aide professionnelle dans l'enquête VQS (question : En raison d'un problème de santé, d'un handicap, ou de son âge, la personne reçoit-elle de l'aide de professionnels (infirmier, aide-ménagère...) dans la vie quotidienne ?). Sources : DREES, enquête Vie Quotidienne et Santé 2014.
- *Ratio des PCS (professions et catégories socioprofessionnelles)* : nombre d'anciens ouvriers, d'anciens employés et d'anciens agriculteurs exploitants rapporté au nombre d'anciens cadres et d'anciennes professions intermédiaires. Source: Insee - recensement de la population 2014, exploitations complémentaires.
- *Taux de pauvreté des ménages dont le référent fiscal à 75 ans ou plus* : Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi). En 2014, les indicateurs relatifs aux taux de pauvreté et au niveau de vie de la Martinique et de La Réunion sont calculés en utilisant un revenu disponible hors revenus financiers imputés alors qu'en France métropolitaine, cela comprend les revenus financiers imputés.

➤ Graphique 4 • Analyse des composantes multiples



PCS : Professions et catégories sociales * nombre d'anciens ouvriers, d'anciens employés et d'anciens agriculteurs exploitants rapporté au nombre d'anciens cadres et d'anciennes professions intermédiaires.
 Lecture > La Guadeloupe est un département pour lequel la dépendance est assez élevée et notamment concernant les limitations cognitives.
 Sources > DREES, ARS, FINISS, STATISS 2015 ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2015, arrêtées fin 2015 ; DREES, ARS, FINISS, Statistique annuelle des établissements de santé, STATISS 2015 ; DREES, répertoire Adeli ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2014, arrêtées fin 2014 ; INSEE - recensement de la population 2014, exploitations complémentaires ; INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2014.

Afin de comprendre ces différences de profils d'incapacité, un ensemble de variables contextuelles a été sélectionné (voir encadré 5). Dans un premier temps nous avons calculé les corrélations entre les variables d'incapacité au niveau départemental et les variables contextuelles (tableau 2). Puis, nous avons projeté les variables contextuelles sur les axes de l'ACM (graphique 4). Enfin, une régression de chacune des prévalences départementales sur les variables contextuelles a été réalisée (annexe 2). Cette dernière analyse permet d'identifier l'effet propre de chaque variable contextuelle en raisonnant toutes choses égales par ailleurs. Cela identifie par exemple la variation de la prévalence des incapacités à domicile si l'offre en institution augmentait mais que les autres caractéristiques

départementales restaient constantes⁷. Deux modèles sont testés pour chaque prévalence départementale : le premier incluant les variables contextuelles et le second ne prenant pas en considération le recours à l'aide professionnelle et de l'entourage à domicile. En effet, ces deux variables sont très endogènes, et risquent de biaiser l'estimation des coefficients lorsqu'on les introduit⁸.

➤ **Tableau 2 • Corrélation entre les indicateurs contextuels départementaux et les prévalences départementales de l'indicateur GALI, des limitations fonctionnelles physiques et cognitives**

	Corrélation avec...			Nombre de départements concernés
	...la prévalence de l'indicateur GALI	...la prévalence des limitations physiques	...la prévalence des limitations cognitives	
Taux d'équipement en places en établissement d'hébergement pour personnes âgées	-0,401***	-0,359***	-0,393***	100
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile	0,180*	0,231**	0,279***	100
Densité d'infirmiers libéraux en activité	0,371***	0,346***	0,520***	100
Taux de recours à de l'aide professionnelle	0,538***	0,581***	0,621***	100
Taux de recours à de l'aide de l'entourage	0,720***	0,795***	0,789***	100
Ratio des PCS ¹	0,371***	0,497***	0,314***	100
Taux de pauvreté des 75 ans et plus	0,468***	0,532***	0,713***	98

1. Ce ratio renvoi aux nombres d'anciens ouvriers, d'anciens employés et d'anciens agriculteurs exploitants rapporté au nombre d'anciens cadres et d'anciennes professions intermédiaires (encadré 5).

Significativité > * Significatif au seuil de 10 %, ** significatif au seuil de 5 %, *** significatif au seuil de 1 %.

Lecture > La corrélation entre la prévalence de l'indicateur GALI et taux d'équipement en places en établissement d'hébergement pour personnes âgées est de -0,401. Cette corrélation est significative au seuil de 1 %.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Sources > DREES, Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014 ; DREES, ARS, FINESS, STATISS 2015 ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2015, arrêtées fin 2015 ; DREES, ARS, FINESS, Statistique annuelle des établissements de santé, STATISS 2015 ; DREES, répertoire Adeli ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2014, arrêtées fin 2014 ; INSEE - recensement de la population 2014, exploitations complémentaires ; INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, Fichier localisé social.

⁷ Il s'agit toutefois toujours d'une analyse des corrélations, visant à confirmer les résultats de l'ACM, et non d'une analyse de la causalité. La variation estimée ne peut pas être interprétée comme l'impact causal d'une augmentation de l'offre en institution, si celle-ci était effectivement mise en œuvre.

⁸ Une analyse jointe de toutes les prévalences a aussi été faite. Elle autorise une corrélation des résidus entre chaque prévalence. Les résultats sont identiques à ceux obtenus avec des régressions séparées pour chaque prévalence.

Une perte d'autonomie élevée à domicile est corrélée à un faible taux d'équipement en places en établissement d'hébergement pour personnes âgées...

La corrélation entre les différentes prévalences et le taux d'équipement en places en EHPA est négative et significative (tableau 3). Cela indique que sur les territoires où le taux d'équipement est faible, l'incapacité à domicile est plutôt forte. Les individus pourraient en effet avoir plus de difficultés à aller en établissement en cas de dépendance sévère et resteraient plus souvent ou plus longtemps à domicile ; à l'inverse, les seniors ayant des difficultés pour réaliser les activités de la vie quotidienne dans les départements les mieux équipés en établissement seraient davantage pris en charge en établissement et donc seraient plus souvent en dehors du champ de l'enquête VQS. Notons que cette corrélation ne permet toutefois pas de mettre en lumière un sens causal, et elle pourrait aussi s'expliquer par une causalité inverse : un souhait plus affirmé des personnes dépendantes de rester à domicile pourrait se traduire par une moindre demande de places en établissements, aboutissant à une offre moindre dans le département, tandis qu'une offre plus abondante dans un autre département pourrait s'expliquer par une plus faible réticence à entrer en institution en cas de perte d'autonomie importante. La proximité entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées et le lieu de résidence des personnes âgées ainsi que la forte densité d'établissements autour du domicile peuvent contribuer à une meilleure acceptabilité de l'entrée en institution. En effet, elles réduisent la rupture géographique et sociale. Paris fait figure d'exception, car c'est un département pour lequel les prévalences de l'incapacité à domicile se situent en dessous du 1^{er} quartile, et pourtant le taux d'équipement en places en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) y est le plus faible (81,1 contre 121,7 en moyenne nationale).

En cohérence avec les résultats du tableau 3, on constate à travers l'ACM que les départements où le taux d'équipement en EHPA est élevé sont plutôt des départements où la dépendance en général à domicile est faible, que ce soit pour les limitations physiques, cognitives ou les limitations d'activité générales (cela se traduit en pratique, dans le Graphique 4, par le fait que la variable de taux d'équipement en EHPA apparaît sur la partie gauche de l'axe 1). La régression (annexe 2) valide également cette analyse puisqu'elle met en avant qu'un taux d'équipement en places en EHPA élevé est associé à une plus faible prévalence départementale du GALI et des limitations physiques. Par contre, l'effet n'est pas significatif pour la prévalence des limitations cognitives.

... et par une offre et un recours à l'aide à domicile élevés

À l'inverse, les départements où l'aide à domicile (que ce soit en termes de recours à l'aide professionnelle ou de l'entourage ou en termes d'offre de services de soins infirmiers à domicile ou d'infirmiers libéraux) est élevée sont des départements où les incapacités à domicile sont fortes. La corrélation apparaît en outre légèrement plus élevée pour les limitations cognitives que pour les autres types de limitations.

Il est à noter que le taux d'équipement en places en EHPA est lui-même inversement corrélé à la densité d'infirmiers libéraux en activité et au taux de recours à l'aide professionnelle. Cela indique qu'il semble y avoir des « spécialisations » de l'offre de soins à destination des personnes dépendantes. Cette spécialisation peut être induite par la demande : préférence plus ou moins forte des individus pour rester à domicile impliquant

une réponse différenciée en termes d'offre ou choix du département d'orienter son schéma gérontologique sur un mode de prise en charge : à domicile ou en institution.

La corrélation entre l'aide à domicile et les incapacités reste observée toutes choses égales par ailleurs (tableau en annexe 2) : avoir une place supplémentaire de services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes de 75 ans est associé à une prévalence des limitations cognitives à domicile de 0,151 point de pourcentage plus élevée (modèle 1). L'effet de la densité des infirmiers n'est pas significatif dans le modèle 1 (excepté pour la prévalence des limitations cognitives), sûrement du fait de l'endogénéité de la variable d'aide professionnelle, qui est par ailleurs très corrélée à la densité d'infirmiers. Avec le modèle 2, l'effet est significatif : une plus forte densité des infirmiers libéraux est associée à une prévalence départementale plus élevée des limitations physiques et cognitives et du GALI à domicile. Lorsque le taux de recours à des aidants de l'entourage à domicile est faible, la prévalence des incapacités à domicile est aussi faible (coefficient positif et significatif). Cette dernière variable est toutefois à interpréter avec précaution car elle est très endogène : les personnes les plus dépendantes ont plus recours à l'aide de l'entourage.

Le niveau de pauvreté comme facteur explicatif de la perte d'autonomie

Les départements où le taux de pauvreté est élevé sont des départements où les incapacités à domicile sont-elles aussi plutôt élevées, surtout pour ce qui concerne les limitations cognitives. L'analyse économétrique confirme ces corrélations, en mettant en relief un effet du taux de pauvreté positif et significatif, excepté pour les limitations physiques et les limitations générales d'activité à domicile.

Ces résultats sont concordants avec la littérature. En effet, de nombreux auteurs (Cadar, Stephan *et al.* 2015 ; Bonsang *et al.*, 2012; Meng and D'Arcy, 2012; Beydoun *et al.*, 2014) ont mis en évidence une relation négative entre les limitations cognitives et le niveau de diplôme, qui est fortement corrélé aux revenus et donc à la pauvreté.

Des incapacités à domicile plus fréquentes dans les départements où vivent davantage d'anciens ouvriers, employés ou agriculteurs

Les départements où les prévalences des incapacités sont les plus faibles concentrent davantage d'anciens cadres ou professions intermédiaires relativement aux anciens ouvriers, employés ou agriculteurs (corrélation positive et significative). Tous les départements où le « ratio des PCS » est inférieur à un (moins d'anciens ouvriers, employés ou agriculteurs que d'anciens cadres ou professions intermédiaires) font partie du groupe de départements dans lesquels les seniors déclarent peu de difficultés⁹ (annexes 3 et 4) et peu de recours aux aides humaines (professionnelle ou de l'entourage). À l'inverse, pour les départements du groupe dans lesquels les seniors déclarent beaucoup de difficultés et beaucoup de recours aux aides humaines, le « ratio des PCS » est fort.

L'ACM met en avant les départements où la proportion d'anciens ouvriers, employés ou agriculteurs est relativement plus élevée que celle des anciens cadres ou professions

⁹ Limitations fonctionnelles physiques et cognitives et limitations d'activité générales.

intermédiaires (graphique 4). Au sein de ces départements, l'incapacité est plutôt élevée et légèrement plus lorsque les prévalences des limitations physiques et des limitations d'activité générales (GALI) sont élevées. En effet, la pénibilité au travail peut avoir des conséquences sur les fonctions physiques plus importantes. Le modèle de régression valide ce résultat, néanmoins l'effet n'est pas significatif pour les limitations cognitives qui sont plus liées au niveau de diplôme qu'à la pénibilité physique du travail.

Conclusion

Les statistiques descriptives données précédemment ainsi que les analyses factorielle et économétrique permettent de révéler une convergence des profils de certains départements face à la perte d'autonomie.

Moins d'incapacités à domicile à Paris, dans l'Ouest francilien et dans les régions de l'Ouest de la France

En Île-de-France, les seniors déclarent peu de difficultés (limitation fonctionnelle physique et cognitive et limitation générale d'activité) et peu de recours aux aides humaines (professionnelle ou de l'entourage)¹⁰ : Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Val-d'Oise. Les départements les plus pauvres de l'Île-de France (Seine-Saint-Denis et Val de Marne) font toutefois exception.

Les habitants les plus âgés des départements de l'Ouest de la France ont également un état général de santé meilleur que la moyenne. Les prévalences des difficultés dans ces départements sont toutes inférieures à la médiane : Eure, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Morbihan, Maine-et-Loire, ou encore la Sarthe. Parmi eux, trois départements ont des prévalences liées aux limitations fonctionnelles et d'activité générales inférieures au 1^{er} quartile : Ille-et-Vilaine, Maine-et-Loire et Morbihan.

Les DOM : des prévalences de dépendance particulièrement élevées

D'autres départements, constituant un second groupe marquant, ont, au contraire, des prévalences élevées et ce pour la majorité des indicateurs. C'est le cas des départements d'outre-mer¹¹ (DOM) qui ont des prévalences parmi les plus élevées, pour les limitations fonctionnelles et les aides humaines reçues. La Guadeloupe est le département pour lequel pratiquement toutes les prévalences sont maximales. Les DOM se caractérisent en outre par des situations singulières, à la fois en termes des caractéristiques sociodémographiques des populations et en termes d'offre de services à destination des personnes âgées. Ainsi, le nombre de places en EHPA est très faible : entre 40,8 (La Réunion) et 79,6 (Guyane) places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit deux à trois fois plus faible qu'en Métropole (122,9 ‰). Les DOM concentrent aussi beaucoup d'anciens ouvriers, agriculteurs ou employés avec un ratio par rapport aux anciens cadres et professions intermédiaires qui varie entre 3,35 (Guyane) et 3,92 (Guadeloupe et Martinique) contre 2,25 en Métropole.

Des prévalences élevées également dans certains départements de Métropole

Au sein des départements de métropole, une grande partie de ceux du Nord et du Nord-Est, d'une part, et de ceux du Sud, d'autre part, ont des prévalences des incapacités souvent plus élevées que la moyenne nationale. Quatre départements se situent parmi le quart des départements ayant les prévalences des incapacités les plus élevées (au-dessus du 3^e quartile) pour toutes les mesures d'incapacité étudiées ici : deux départements du

¹⁰ Sauf mention explicite, une prévalence est considérée comme faible lorsqu'elle est inférieure à la médiane nationale.

¹¹ Hors Mayotte.

Nord : l'Aisne et le Pas-de-Calais, ainsi que deux départements du Centre et Sud de la France : l'Ariège et la Corrèze. D'autres départements du Nord de la France ont aussi des prévalences élevées (3^e ou 4^e quartile) comme la Somme ou encore le département du Nord.

Les départements du Nord-Est et du Sud se distinguent les uns par rapport aux autres pour ce qui concerne les prévalences des limitations fonctionnelles physiques et cognitives. Les prévalences des limitations physiques sont élevées dans le Nord-Est alors que les limitations cognitives sont, quant à elles, relativement faibles (le Nord, la Moselle). À l'inverse, les prévalences des limitations physiques sont faibles dans les départements du Sud alors que celles des limitations cognitives sont élevées (par exemple en Ariège, dans le Gers et en Corrèze).

Bibliographie

Beydoun, M. A., H. A. Beydoun, et al. (2014). "Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: Systematic review and meta-analysis." *BMC Public Health* 14: 643.

Bonsang, E., S. Adam, et al. (2012). "Does retirement affect cognitive functioning?" *Journal of Health Economics* 31(3): 490-501.

Brunel M. et Carrère A., 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », *Les Dossiers de la Drees* n° 13, Mars.

Calvet L., Delance P., Dufaure C., Laliman V., Quevat B., 2014, « Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes », *Études et Résultats*, DREES, n°881, juin.

Cambois E., Robine J.M., 2004, « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social », *Études et Résultats*, 295, Drees, mars, 8p.

Cooper C., Sommerlad A., Lyketsos C. G. & Livingston, G., 2015, "Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis.", *American Journal of Psychiatry*, 172(4), 323-334.

DREES, 2016, « Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Résultats départementaux », octobre.

Dubost C.-L., 2018, « En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes », *Études et Résultats*, DREES, n°1057, avril.

Fizzala A., 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la Drees*, n°1, Drees, mars.

Haeusler L., de Laval T., Millot C., 2014, « Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé » », *Document de travail série études et recherches*, DREES, n°131, août.

Katz, S., et al., 1963, "Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized Measure of biological and psychosocial function", *JAMA* 185(12): p. 914-919.

Meng, X. and C. D'Arcy (2012). "Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses." *PLoS One* 7: e38268.

Midy, L., 2009, « Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair », *Insee Première*, 1254, août.

Qizilbash, N., Gregson, J., Johnson, M. E., Pearce, N., Douglas, I., Wing, K., & Pocock, S. J., 2015, "BMI and risk of dementia in two million people over two decades: a retrospective cohort study.", *The lancet Diabetes & endocrinology*, 3(6), 431-436.

Rolland-Guillard L., 2018, « Les difficultés pour entendre, voir et mastiquer augmentent avec l'âge ? », *Études et Résultats*, DREES, n°1065, Drees, juin.

Sander M.S., Lelievre F., Tallec A., 2007, « Le handicap auditif en France : apports de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance, 1998-1999 », *Études et Résultats*, DREES, n°589, août.

Verbrugge L., Jette A., 1994, "The disablement process", *Social Science and Medicine*. 38: p. 1-14.

Annexes

Annexe 1 - Mesures de dispersion chez les 60 ans ou plus

➤ Tableau • Mesures de dispersion des prévalences départementales de dépendance, 60 ans ou plus

Mesures de la dépendance	Moyenne (en %)	Écart-type (en points de %)	Maximum (en %)	3 ^{ème} quartile (en %)	Médiane (en %)	1 ^{er} quartile (en %)	Minimum (en %)
Score VQS							
Groupe IV	6,1	1,6	12,0	6,8	5,8	5,0	4,1
Restrictions d'activité							
GALI	11,3	1,7	16,0	12,3	11,0	10,1	8,0
Difficultés pour se laver	12,5	2,0	18,1	13,8	12,0	11,1	8,9
Limitations fonctionnelles							
Au moins une limitation fonctionnelle	26,5	3,0	35,4	27,7	26,6	24,3	20,1
Au moins deux limitations fonctionnelles	12,5	2,5	21,1	13,9	12,1	11,1	8,7
Au moins une limitation fonctionnelle physique	20,0	2,6	28,3	21,1	19,9	18,1	14,4
Au moins une limitation fonctionnelle sensorielle	11,6	1,6	15,7	12,4	11,6	10,5	8,7
Au moins une limitation fonctionnelle cognitive	7,5	1,8	15,6	8,2	7,3	6,5	5,4
Santé							
Mauvais ou très mauvais état de santé	13,3	3,0	30,7	14,5	12,9	11,5	9,6
Maladies ou problèmes de santé chroniques	51,9	3,1	63,5	53,1	51,7	50,3	45,5
Aides							
Au moins une aide humaine	27,8	3,3	39,3	29,5	27,7	25,6	22,7
Aide de l'entourage	21,3	3,2	33,7	22,9	20,8	19,1	16,7
Aide professionnelle	16,1	2,3	23,1	17,3	16,1	14,8	12
Au moins une aide technique pour se déplacer	17,5	2,1	22,8	18,9	17,4	16	12,3

Note > Les estimations des moyennes, écart-types, médianes etc. des valeurs départementales sont calculées en pondérant chaque département par sa population de 60 ans ou plus vivant à domicile (telle qu'estimée dans l'enquête).

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > La prévalence moyenne des personnes de 60 ans ou plus classées dans le groupe IV VQS est de 6,1 %. La prévalence départementale maximale est de 12 % alors que la prévalence départementale minimale est de 4,1 %.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Annexe 2 - Régressions linéaires des prévalences départementales de l'indicateur GALI, des limitations fonctionnelles physiques et cognitives

➤ **Tableau • Régressions linéaires des prévalences départementales de l'indicateur GALI, des limitations fonctionnelles physiques et cognitives**

	GALI		Limitations Physiques		Limitations Cognitives	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Taux d'équipement en places en Établissement d'Hébergement pour personnes âgées	-0.027**	-0.030**	-0.032***	-0.040**	0.011	0.009
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile	0.071	0.104	0.138*	0.187*	0.151***	0.184***
Densité d'infirmiers libéraux en activité	0.003	0.007*	0.005	0.010*	0.005*	0.010***
Taux de recours à de l'aide professionnelle	0.079		0.052		0.110*	
Taux de recours à de l'aide de l'entourage	0.283***		0.499***		0.241***	
Ratio des PCS*	0.735*	1.532***	1.931***	3.092***	-0.374	0.425
Taux de pauvreté	-0.077	0.070	-0.084	0.164*	0.213***	0.344***
Constante	6.183**	16.085***	9.326***	25.537***	-4.349**	4.689**
Nombre d'observations	98	98	98	98	98	98
R ²	0.518	0.349	0.672	0.475	0.722	0.598

Significativité > Significatif au seuil de 10 %, ** significatif au seuil de 5 %, *** significatif au seuil de 1 %.

PCS : Professions et catégories sociales

* nombre d'anciens ouvriers, d'anciens employés et d'anciens agriculteurs exploitants rapporté au nombre d'anciens cadres et d'anciennes professions intermédiaires.

NB > Les régressions sont séparées pour chaque prévalence (pas de corrélation des résidus entre chaque analyse).

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Lecture > Toutes choses égales par ailleurs, avoir une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées pour 1 000 personnes de 75 ans supplémentaire diminue la prévalence des limitations physiques à domicile de 0.027 points de pourcentage (modèle 1).

Sources > DREES, ARS, FINESS, STATISS 2015 ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2015, arrêtées fin 2015 ; DREES, ARS, FINESS, Statistique annuelle des établissements de santé, STATISS 2015 ; DREES, répertoire Adeli ; INSEE, Estimations de population au 01/01/2014, arrêtées fin 2014 ; INSEE - recensement de la population 2014, exploitations complémentaires ; INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2014.

Annexe 3 - Quartiles des rangs chez les personnes âgées de 60 ans ou plus

➤ Tableau • Quartiles des rangs, selon différents indicateurs, pour les seniors âgés de 60 ans ou plus

Département	GALI	Limitations Physiques	Limitations Cognitives	Aide de l'entourage	Aide professionnelle
Ain	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Aisne	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Allier	Q4	Q3	Q3	Q2	Q3
Alpes-de-Haute-Provence	Q3	Q3	Q2	Q2	Q2
Hautes-Alpes	Q1	Q1	Q3	Q2	Q2
Alpes-Maritimes	Q2	Q2	Q2	Q2	Q1
Ardèche	Q3	Q3	Q4	Q4	Q3
Ardennes	Q2	Q3	Q2	Q3	Q3
Ariège	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Aube	Q3	Q4	Q2	Q3	Q2
Aude	Q4	Q3	Q3	Q3	Q3
Aveyron	Q1	Q3	Q4	Q3	Q4
Bouches-du-Rhône	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3
Calvados	Q2	Q3	Q1	Q1	Q2
Cantal	Q3	Q4	Q3	Q4	Q4
Charente	Q3	Q4	Q4	Q3	Q1
Charente-Maritime	Q2	Q2	Q2	Q1	Q2
Cher	Q3	Q4	Q3	Q3	Q3
Corrèze	Q4	Q4	Q4	Q3	Q4
Côte-d'Or	Q2	Q1	Q1	Q1	Q1
Côtes-d'Armor	Q2	Q2	Q2	Q2	Q3
Creuse	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Dordogne	Q4	Q4	Q4	Q3	Q4
Doubs	Q4	Q1	Q3	Q2	Q1
Drôme	Q3	Q2	Q3	Q3	Q3
Eure	Q1	Q1	Q1	Q2	Q1
Eure-et-Loir	Q3	Q2	Q1	Q2	Q1
Finistère	Q3	Q1	Q2	Q1	Q3
Corse-du-Sud	Q2	Q2	Q2	Q3	Q4
Haute-Corse	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Gard	Q3	Q2	Q3	Q3	Q3
Haute-Garonne	Q1	Q1	Q2	Q1	Q3
Gers	Q3	Q4	Q4	Q4	Q3
Gironde	Q2	Q3	Q2	Q2	Q2
Hérault	Q2	Q1	Q3	Q2	Q3
Ille-et-Vilaine	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2

Indre	Q1	Q3	Q2	Q2	Q4
Indre-et-Loire	Q1	Q2	Q1	Q1	Q2
Isère	Q2	Q2	Q3	Q3	Q2
Jura	Q2	Q2	Q4	Q4	Q2
Landes	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2
Loir-et-Cher	Q2	Q2	Q2	Q2	Q3
Loire	Q3	Q3	Q3	Q2	Q4
Haute-Loire	Q3	Q2	Q4	Q3	Q4
Loire-Atlantique	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Loiret	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Lot	Q4	Q3	Q4	Q4	Q4
Lot-et-Garonne	Q2	Q3	Q3	Q3	Q2
Lozère	Q1	Q2	Q4	Q4	Q4
Maine-et-Loire	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Manche	Q3	Q3	Q2	Q2	Q4
Marne	Q4	Q4	Q1	Q2	Q2
Haute-Marne	Q4	Q4	Q3	Q3	Q1
Mayenne	Q2	Q2	Q2	Q1	Q4
Meurthe-et-Moselle	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3
Meuse	Q4	Q3	Q1	Q4	Q2
Morbihan	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Moselle	Q4	Q4	Q3	Q4	Q3
Nièvre	Q1	Q2	Q2	Q2	Q1
Nord	Q4	Q4	Q3	Q4	Q4
Oise	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1
Orne	Q3	Q3	Q2	Q3	Q4
Pas-de-Calais	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Puy-de-Dôme	Q4	Q4	Q3	Q3	Q3
Pyrénées-Atlantiques	Q3	Q2	Q3	Q3	Q3
Hautes-Pyrénées	Q3	Q3	Q4	Q4	Q3
Pyrénées-Orientales	Q2	Q3	Q4	Q2	Q3
Bas-Rhin	Q2	Q2	Q3	Q4	Q1
Haut-Rhin	Q2	Q1	Q1	Q4	Q1
Rhône	Q2	Q1	Q2	Q1	Q1
Haute-Saône	Q2	Q3	Q3	Q3	Q1
Saône-et-Loire	Q3	Q4	Q3	Q4	Q3
Sarthe	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Savoie	Q4	Q2	Q2	Q2	Q2
Haute-Savoie	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Paris	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1

Seine-Maritime	Q2	Q3	Q2	Q3	Q3
Seine-et-Marne	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Yvelines	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Deux-Sèvres	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2
Somme	Q4	Q4	Q3	Q2	Q3
Tarn	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Tarn-et-Garonne	Q3	Q2	Q4	Q2	Q4
Var	Q3	Q2	Q2	Q2	Q1
Vaucluse	Q3	Q2	Q3	Q2	Q2
Vendée	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Vienne	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2
Haute-Vienne	Q3	Q4	Q4	Q3	Q3
Vosges	Q1	Q2	Q1	Q1	Q2
Yonne	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2
Territoire de Belfort	Q4	Q3	Q2	Q4	Q3
Essonne	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Hauts-de-Seine	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Seine-Saint-Denis	Q4	Q3	Q4	Q4	Q1
Val-de-Marne	Q2	Q3	Q2	Q3	Q1
Val-d'Oise	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Guadeloupe	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Martinique	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Guyane	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
La Réunion	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Note > Les quartiles classent les départements en 4 groupes, représentant chacun un quart des départements. Le quartile Q1, rassemblant les 25 % de départements pour lesquels la prévalence est la plus faible (prévalence située dans l'intervalle [Minimum ; seuil du 1^{er} quartile]) est en vert ; le quartile Q4, rassemblant les 25 % de départements pour lesquels la prévalence est la plus élevée (prévalence située dans l'intervalle [seuil du 3^{ème} quartile ; Maximum]) est en rouge.

Lecture > Pour l'indicateur GALI, les Vosges appartiennent au premier quartile (Q1), c'est-à-dire le quart des départements où la prévalence est la plus faible.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Annexe 4 - Quartiles des rangs chez les personnes âgées de 75 ans ou plus

➤ Tableau • Quartiles des rangs, selon différents indicateurs, pour les seniors âgés de 75 ans ou plus

Département	GALI	Limitations Physiques	Limitations Cognitives	Aide de l'entourage	Aide professionnelle
Ain	Q1	Q1	Q2	Q1	Q2
Aisne	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Allier	Q3	Q4	Q3	Q2	Q3
Alpes-de-Haute-Provence	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2
Hautes-Alpes	Q1	Q2	Q3	Q2	Q3
Alpes-Maritimes	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Ardèche	Q2	Q3	Q4	Q4	Q3
Ardennes	Q3	Q3	Q3	Q3	Q4
Ariège	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Aube	Q4	Q3	Q1	Q2	Q1
Aude	Q3	Q3	Q2	Q3	Q3
Aveyron	Q1	Q4	Q4	Q4	Q4
Bouches-du-Rhône	Q4	Q3	Q4	Q3	Q3
Calvados	Q4	Q4	Q1	Q1	Q2
Cantal	Q3	Q3	Q4	Q4	Q4
Charente	Q3	Q4	Q3	Q3	Q1
Charente-Maritime	Q2	Q3	Q2	Q2	Q2
Cher	Q4	Q4	Q3	Q2	Q3
Corrèze	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Côte-d'Or	Q1	Q1	Q2	Q2	Q1
Côtes-d'Armor	Q2	Q3	Q2	Q1	Q2
Creuse	Q4	Q4	Q4	Q3	Q3
Dordogne	Q4	Q4	Q4	Q3	Q4
Doubs	Q4	Q2	Q3	Q3	Q2
Drôme	Q3	Q1	Q3	Q3	Q2
Eure	Q1	Q1	Q1	Q2	Q1
Eure-et-Loir	Q2	Q2	Q1	Q1	Q1
Finistère	Q3	Q2	Q3	Q2	Q3
Corse-du-Sud	Q2	Q1	Q3	Q2	Q4
Haute-Corse	Q4	Q4	Q3	Q4	Q4
Gard	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3
Haute-Garonne	Q2	Q2	Q3	Q2	Q3
Gers	Q3	Q4	Q4	Q4	Q3
Gironde	Q2	Q3	Q1	Q3	Q3
Hérault	Q1	Q1	Q3	Q3	Q3
Ille-et-Vilaine	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2

Indre	Q1	Q3	Q2	Q3	Q4
Indre-et-Loire	Q3	Q2	Q1	Q1	Q2
Isère	Q2	Q2	Q4	Q3	Q2
Jura	Q2	Q3	Q3	Q4	Q3
Landes	Q1	Q2	Q2	Q2	Q2
Loir-et-Cher	Q1	Q1	Q2	Q1	Q3
Loire	Q3	Q2	Q3	Q2	Q4
Haute-Loire	Q4	Q3	Q4	Q3	Q4
Loire-Atlantique	Q1	Q2	Q2	Q1	Q2
Loiret	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Lot	Q4	Q3	Q4	Q4	Q4
Lot-et-Garonne	Q3	Q3	Q3	Q2	Q2
Lozère	Q2	Q1	Q4	Q4	Q4
Maine-et-Loire	Q1	Q1	Q1	Q1	Q2
Manche	Q3	Q2	Q2	Q2	Q4
Marne	Q2	Q3	Q1	Q1	Q1
Haute-Marne	Q4	Q4	Q3	Q3	Q2
Mayenne	Q2	Q2	Q2	Q1	Q3
Meurthe-et-Moselle	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2
Meuse	Q4	Q3	Q1	Q4	Q1
Morbihan	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Moselle	Q4	Q4	Q3	Q4	Q3
Nièvre	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Nord	Q4	Q4	Q3	Q4	Q4
Oise	Q1	Q1	Q1	Q2	Q1
Orne	Q3	Q2	Q2	Q3	Q4
Pas-de-Calais	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Puy-de-Dôme	Q4	Q4	Q2	Q4	Q3
Pyrénées-Atlantiques	Q3	Q2	Q2	Q2	Q2
Hautes-Pyrénées	Q3	Q3	Q4	Q3	Q3
Pyrénées-Orientales	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Bas-Rhin	Q2	Q2	Q2	Q4	Q1
Haut-Rhin	Q2	Q2	Q2	Q4	Q2
Rhône	Q2	Q2	Q2	Q1	Q1
Haute-Saône	Q2	Q2	Q3	Q3	Q2
Saône-et-Loire	Q3	Q4	Q4	Q3	Q3
Sarthe	Q2	Q1	Q1	Q2	Q3
Savoie	Q2	Q1	Q2	Q2	Q1
Haute-Savoie	Q1	Q1	Q1	Q2	Q1
Paris	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1

Seine-Maritime	Q2	Q3	Q2	Q3	Q3
Seine-et-Marne	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1
Yvelines	Q2	Q1	Q1	Q1	Q1
Deux-Sèvres	Q2	Q3	Q3	Q2	Q2
Somme	Q4	Q4	Q2	Q2	Q3
Tarn	Q3	Q4	Q4	Q4	Q4
Tarn-et-Garonne	Q2	Q3	Q4	Q2	Q3
Var	Q3	Q1	Q1	Q1	Q2
Vaucluse	Q3	Q2	Q2	Q2	Q1
Vendée	Q1	Q2	Q1	Q1	Q4
Vienne	Q2	Q1	Q1	Q1	Q2
Haute-Vienne	Q4	Q4	Q4	Q4	Q3
Vosges	Q1	Q2	Q1	Q1	Q2
Yonne	Q3	Q2	Q2	Q3	Q1
Territoire de Belfort	Q3	Q1	Q3	Q4	Q4
Essonne	Q1	Q1	Q1	Q1	Q1
Hauts-de-Seine	Q1	Q1	Q2	Q1	Q1
Seine-Saint-Denis	Q1	Q2	Q3	Q3	Q1
Val-de-Marne	Q3	Q3	Q2	Q2	Q1
Val-d'Oise	Q2	Q2	Q2	Q3	Q1
Guadeloupe	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Martinique	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
Guyane	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4
La Réunion	Q4	Q4	Q4	Q4	Q4

GALI > *Global Activity Limitation Indicator*, ou « indicateur de limitations d'activité générales ».

Note > Les quartiles classent les départements en 4 groupes, représentant chacun un quart des départements. Le quartile Q1, rassemblant les 25 % de départements pour lesquels la prévalence est la plus faible (prévalence située dans l'intervalle [Minimum ; seuil du 1^{er} quartile]) est en vert ; le quartile Q4, rassemblant les 25 % de départements pour lesquels la prévalence est la plus élevée (prévalence située dans l'intervalle [seuil du 3^{ème} quartile ; Maximum]) est en rouge.

Lecture > Pour l'indicateur GALI, les Vosges appartiennent au premier quartile (Q1), c'est-à-dire le quart des départements où la prévalence est la plus faible.

Champ > Individus de 75 ans ou plus résidant à domicile, France entière (hors Mayotte).

Source > Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

Les dossiers de la DREES

Avril 2019 /// N° 34

La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile

Directeur de la publication
Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

Création graphique
Philippe Brulin

ISSN
2495-120X



Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur www.drees.social-sante.gov.fr